Nr. 38. 18. września 1932 Rok XI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Z. CZEŻOWSKA. Lwów.

Działanie preparatu z mięśni prążkowanych „Myostriatolu" w przypadkach nadciśnienia tętniczego i jego wpływ na poziom ciśnienia średniego.

Z oddziału wewn. Lecznicy Okr. Zw. K. Ch.

Badania nad patogenezą hipertensji wykazały, że najważniejszym ze wszystkich czynników podwyższających ciśnienie krwi w tętnicach jest utrudnienie odpływu krwi w zakresie najmniejszych tętniczek. Dotychczasowe poszukiwania nie zdołały ustalić, aby przyczyna zwiększonego oporu, mająca zwężać tętniczki, była następstwem wyraźnych zmian anatomicznych. O ile w przypadkach nadciśnienia zdołano takie zmiany wykryć na stole sekcyjnym, dotyczyły one tylko tętniczek w niektórych narządach tak, że istniały zawsze warunki wyrównawczego rozszerzenia pozostałych naczyń. Coraz więcej faktów przemawia za czynnościowym charakterem zmian wywołujących nadciśnienie tak, że obecnie za istotną jego przyczynę uważa się ogólnie skurcz najmniejszych tętniczek pod wpływem ośrodkowo, a może raczej obwodowo działających bodźców.

W powstawaniu tych zmian mogą brać udział najrozmaitsze czynniki etjologiczne: warunki konstytucjonalne, wpływy psychiczne i hormonalne, przewlekłe zatrucia egzo- czy endogennego pochodzenia i t. d. Klinicznie stwierdzamy nadciśnienie jako objaw towarzyszący wielu schorzeniom: zapaleniom kłębuszkowym nerek, zwłaszcza z następową marskością nerek, miażdżycy, dnie, niektórym zaburzeniom czynności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, zatruciu ołowiem, nikotyną i t. d., niekiedy wreszcie jako samoistną jednostkę chorobową, tak zwane nadciśnienie pierwotne o nieustalonej dotychczas a być może różnorodnej etjologji.

Nadciśnienie tętnicze, niezależnie od podłoża, na którem powstaje, daje pewien swoisty zespół objawów podmiotowych i przedmiotowych wysuwających się czasem na pierwszy plan w obrazie klinicznym schorzenia. W niektórych przypadkach może ono stanowić źródło powikłań zagrażających bezpośrednio życiu chorego. Z tych powodów wysiłki lekarzy zmierzają do usunięcia nadciśnienia na drodze dostępnych metod terapeutycznych nawet niezależnie od leczenia etjologicznego danego schorzenia.

Przegląd stosowanych przy nadciśnieniu metod leczniczych wykazuje, że dążą one zawsze do rozszerzenia łożyska naczyniowego bądź drogą usunięcia szkodliwych bodźców ośrodkowych czy obwodowych, bądź na drodze fizjoterapji, wreszcie przez stosowanie odpowiednich środków farmakologicznych. Wśród tych ostatnich wysuwają się na pierwszy plan przedewszystkiem środki działające na obwodowy aparat naczynioruchowy. Jak uczy doświadczenie kliniczne, otrzymane wyniki są jednak zmienne, zależnie od stopnia i tła hipertensji. W początkowych okresach nadciśnienia, o niezbyt wysokich i zmiennych wartościach, już zwykłe przepisy higjeniczno-dietetyczne dają częstokroć dobre wyniki. Staje się to zrozumiałem, jeżeli się uwzględni duży wpływ diety i nasilenia procesów gnilnych w przewodzie pokarmowym na nadciśnienie. Fakty te, znane oddawna empirycznie, zyskały naukową podstawę dzięki pracom Koskowskiego nad zawartością histaminy we krwi zależnie od diety i zalegania treści pokarmowej w kiszce grubej. Histamina, wytworzona z histydyny przy rozpadzie gnilnym ciał białkowych w kiszce grubej, dostaje się powoli do krwi i wywołuje wtórnie stan przewlekłej hiperadrenalinemji. Ograniczenie białka w pokarmach i przestrzeganie prawidłowych wypróżnień przeciwdziała powstawaniu niepożądanych bodźców.

Jednak w miarę postępu schorzenia stosowanie leczenia higjeniczno-dietetycznego i farmakologicznego daje coraz mniejsze efekty, zaś w stanach hipertonji o ustalonem wysokiem ciśnieniu, towarzyszących zmianom w nerkach, wszystkie wysiłki lecznicze są najczęściej zawodne lub dają wyniki słabe i przemijające. Ten fakt tłumaczy istnienie dużego arsenału środków stosowanych przy nadciśnieniu i ciągłe wysiłki w poszukiwaniu nowych.

Niezależnie od stosowania środków farmakologicznych o ściśle ustalonym składzie chemicznym, istniały od szeregu lat poszukiwania nad wyodrębnieniem z narządów substancyj, działających fizjologicznie w kierunku rozszerzenia łożyska naczyniowego, a tem samem obniżających ciśnienie krwi.

Prace Popielskiego nad wyciągami z narządów doprowadziły do wykrycia wazodylatyny o działaniu wybitnie hipotensyjnem, której jednak nie udało się chemicznie bliżej określić. Badania Dale'a i współpracowników nad histaminą wywołującą rozkurcz naczyń włosowatych i znaczny spadek ciśnienia krwi, wykazały obecność tej zasady we wszystkich badanych tkankach ustroju zwierzęcego w ilościach wystarczających do wywołania działania fizjologicznego. Jakkolwiek histaminę udało się wyodrębnić w stanie czystym, jednak korzystanie z jej działania na krwiobieg dla celów leczniczych nie znalazło szerszego zastosowania z powodu krótkotrwałości działania i nieprzyjemnych objawów ubocznych. Ponadto, jak wykazały wspomniane powyżej prace Koskowskiego, małe dawki histaminy, wprowadzane do ustroju przez dłuższy okres czasu, mogą wywołać niepożądaną wtórną hiperadrenalinemję.

Wprowadzona w ostatnich latach do lecznictwa cholina i jej pochodne zwłaszcza acetylcholina (Schliephake, Villaret) znalazły szersze zastosowanie w terapji chorób narządu krążenia. Skutkiem działania rozszerzającego na drobne tętniczki acetylcholina daje korzystne wyniki w przypadkach miejscowego utrudnienia krwiobiegu jak w chorobie Raynaud'a, zgorzeli cukrzycowej i t. d. W przypadkach nadciśnienia działanie jej jest niepewne a wyniki niestałe. Niektórzy autorowie zwracają uwagę na możliwość zwężającego wpływu acetylcholiny na naczynia wieńcowe serca. Prace Klee i Grossmanna wykazały ponadto, że po pierwotnem obniżeniu ciśnienia krwi może później nastąpić podwyższenie.

Prace ostatnich lat wprowadziły do piśmiennictwa pojęcie „hormonu krążenia", które stanowi dotychczas przedmiot dyskusji. Haberlandt w Austrji i de Moor w Belgji zwrócili pierwsi uwagę na działanie wyciągów z mięśnia sercowego na akcję serca, wywołujące samoistne skurcze i przyśpieszające akcję serca oraz wpływające na siłę skurczów. Dalsze badania wykryły podobne własności działania wyciągów z innych tkanek, jak wątroba, trzustka, mięśnie szkieletowe. Oprócz działania wzmacniającego na siłę skurczów serca, wyciągi te w doświadczeniach na zwierzętach powodowały przeważnie obniżenie ciśnienia krwi. Odpowiednie preparaty z narządów (*Eutonon, Padutyna, Angioxyl, Lacarnol, Myoston* i t. d.) zostały wprowadzone do lecznictwa chorób narządu krążenia, a obszerne już dziś piśmiennictwo, zwłaszcza niemieckie dotyczy oceny wartości i sposobu działania tych środków. O ile chodzi o działanie hipotensyjne wspomnianych preparatów, to zdania autorów zajmujących się tą kwestją różnią się dość znacznie między sobą a niektóre oceny wypadają wprost ujemnie. Z autorów polskich omówili obszernie tę sprawę J. Dadlez i Wł. Koskowski, oraz J. Goertz w swych pracach zajmujących się farmakodynamją i kliniką działania wyciągów z tkanek na narząd krążenia.

W ostatnich miesiącach ukazał się preparat polski, przygotowany przez Dadleza i Koskowskiego z mięśni szkieletowych cieląt, który wykazuje w doświadczeniu na zwierzętach działanie farmakodynamiczne podobne jakościowo do odpowiednich preparatów zagranicznych ale przewyższające je nasileniem i czasem trwania osiągniętych efektów. Preparat nazwany przez autorów *Myostriatol'em*, jest wolny od ciał białkowych i lipoidowych, nie zawiera peptonu ani histaminy. Pod względem niektórych własności farmakodynamicznych *myostriatol* zachowuje się odmiennie od kwasu adenozynofosforowego uważanego przez wielu autorów za czynnik działający w *lacarnol'u* i *myoston'ie*. Czynnik działający w preparacie polskim, dotychczas niezidentyfikowany, jest odporny na wysoką ciepłotę tak, że preparat daje się dobrze wyjaławiać. Zastosowany u różnych zwierząt *myostriatol* wywołuje spadek ciśnienia krwi, a w momencie największego obniżenia, wzrost amplitudy czynności serca. Przy stosowaniu wyciągu otrzymano wzrost działania w miarę ponownych wstrzyknień w krótkich odstępach czasu. W stosunku do adrenaliny działanie *myostriatolu* jest antagonistyczne.

Myostriatol stosowano na oddziele wewnętrznym Lecznicy Okręgowego Związku Kas Chorych w 20 przypadkach nadciśnienia o rozmaitem podłożu, przyczem oprócz oznaczania ciśnienia maksymalnego uwzględniano wpływ preparatu na zachowanie się t. zw. ciśnienia średniego.

Jak wspomniano powyżej, obserwacja kliniczna uczy, że w początkowych okresach nadciśnienia wartości dla ciśnienia skurczowego są zmienne, zależne od trybu życia, pory dnia, oraz innych czynników zewnętrznych i mogą wykazywać duże wahania. Z biegiem czasu rozpiętość tych wahań staje się coraz mniejsza — wartości dla ciśnienia maksymalnego ustalają się na wysokim poziomie. Dotyczy to zwłaszcza hipertonji w związku ze zmianami w nerkach. Zmienność ciśnienia maksymalnego pod wpływem rozmaitych bodźców zwróciła uwagę już pierwszych badaczy zajmujących się badaniem ciśnienia tętniczego. Potain wyraził zdanie, że ciśnienie skurczowe i rozkurczowe jako podlegające znacznym wahaniom nie mogą stanowić miary dla pracy serca. Opierając się na doświadczalnych pracach Marey'a Potain wprowadził do kliniki pojęcie ciśnienia średniego t. j. takiego, które nie ulegając wahaniom zapewniłoby taki sam dopływ krwi do obwodu jak zmienne ciśnienie danego osobnika. Pierwsze pomiary ciśnienia średniego w klinice metodą łatwo dostępną umożliwił Pachon wykazując, że odpowiada ono wartości ciśnienia wskazanej przez oscylometr w chwili największych oscylacyj. Badania Pachona nad pomiarami ciśnienia średniego rozwinął i uzupełnił Vaquez i jego współpracownicy. Wedle tych prac średnie ciśnienie u człowieka normalnego jest wartością wahającą się w bardzo nieznacznych granicach (wedle Vaquez'a 80—90 mm Hg, wedle Lian'a 85—100 mm Hg) i nie ulegającą znaczniejszemu podwyższeniu nawet pod wpływem wysiłków fizycznych. Jakkolwiek pojęcie stałości ciśnienia średniego zwłaszcza po wysiłkach spotkało się z pewną krytyką, jednak nie ulega wątpliwości, że stanowi ono wartość mniej zmienną dla danego osobnika niż ciśnienie maksymalne. W przypadkach patologicznych ciśnienie średnie może ulegać znacznemu podwyższeniu. Dokładna obserwacja zachowania się ciśnienia średniego może doprowadzić do wykrycia ukrytych przypadków hipertonji o prawidłowem ciśnieniu maksymalnem a podwyższonem średniem i wyjaśnić przyczynę niektórych objawów podmiotowych i przedmiotowych (np. przerost lewego serca) nie dających się wytłumaczyć na podstawie zwykłych metod badania. Wzmożone ciśnienie średnie przy zmiennem maksymalnem znajdowano w przypadkach jaskry, przed napadami rzucawki porodowej i t. d.

Przy badaniu naszych przypadków postanowiliśmy uwzględnić zachowanie się ciśnienia średniego, ponieważ stanowi ono istotniejszy sprawdzian zmniejszenia pracy serca od wahań ciśnienia skurczowego.

Zagadnienie to było zajmujące także z tego względu, że co do zachowania się ciśnienia minimalnego pod wpływem środków obniżających ciśnienie krwi zdania są dość podzielone, być może z powodu braku precyzyjnej metody w oznaczaniu. Jedyną trudność w oznaczaniu ciśnienia średniego stanowią występujące czasem identyczne odchylenia igły oscylometru przy różnych poziomach ciśnienia, czyli t. zw. platforma, uniemożliwiająca odczytanie największej oscylacji, a tem samem odczytanie ciśnienia średniego.

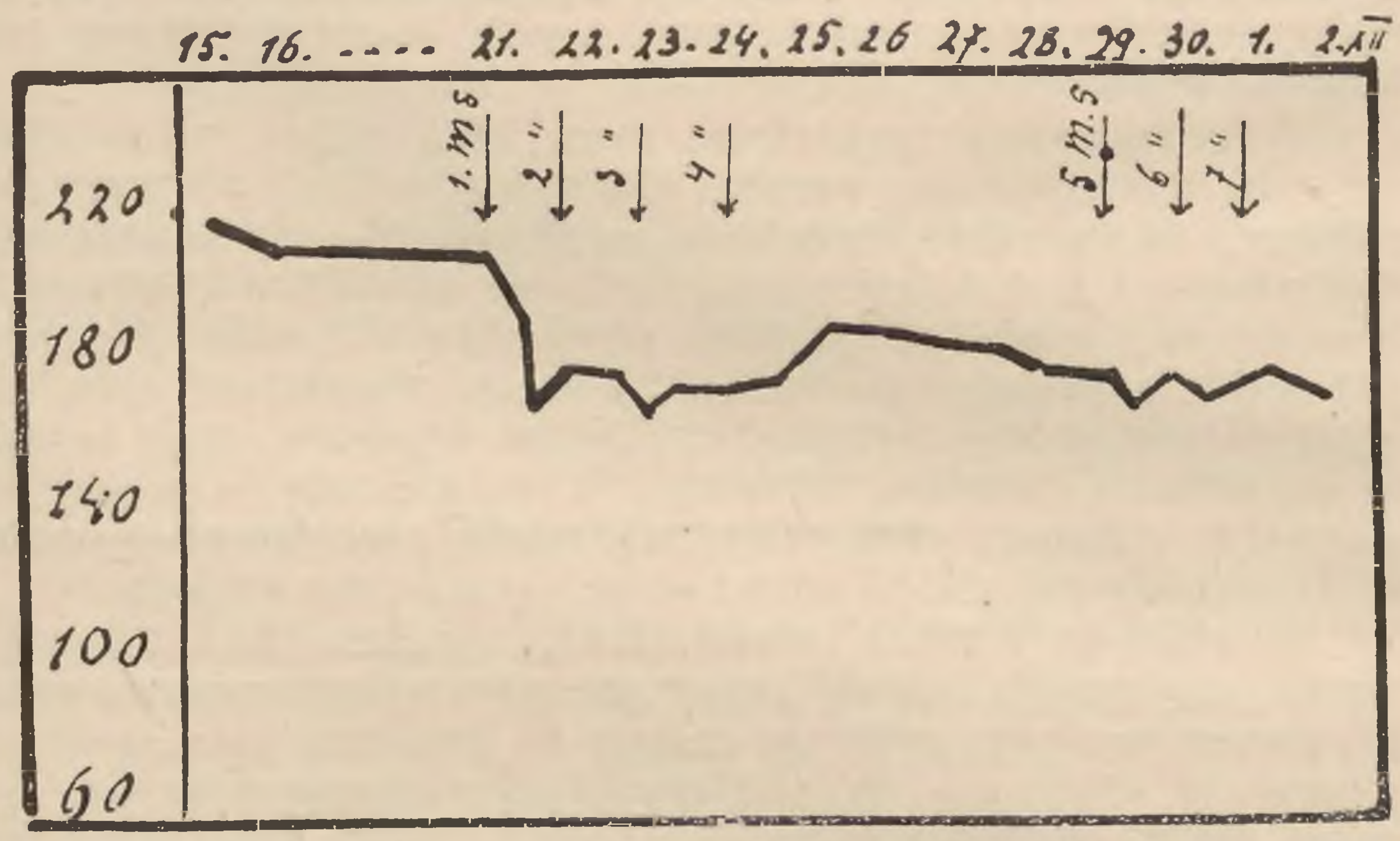
Oznaczenia wykonywaliśmy u chorych po kilkudniowej obserwacji, w czasie której wykonywane kilkakrotnie w tych samych warunkach pomiary ciśnienia nie wykazywały większych różnic. Wiadomo, że już sam spoczynek w łóżku i odcięcie chorego od wpływów codziennego życia doprowadza w przypadkach o nieustalonem nadciśnieniu do mniej lub więcej wyraźnego obniżenia się ciśnienia krwi, które mogłoby stanowić źródło pomyłek przy ocenie działania środka hipotonizującego. Pomiary wykonywano zapomocą kimometru Vaquez'a, t. j. oscylometru, przystosowanego odpowiednio do możliwie precyzyjnego oznaczania ciśnienia średniego. Wartości prawidłowe u człowieka dorosłego wynoszą na tym przyrządzie dla ciśnienia maksymalnego 120—140 mm Hg, dla ciśnienia średniego wedle Vaquez'a 80—90 mm Hg, wedle Lian'a 85—100 mm Hg.

Preparat stosowaliśmy w roztworze wodnym zawierającym w 1 cm³ 100 jednostek hipotensyjnych. Jednostką hipotensyjną nazwali autorowie taką ilość substancji czynnej, która u królika wagi 2 kg, znajdującego się naczczo od 24 godzin, w uśpieniu uretanowem i pod działaniem atropiny obniżała ciśnienie krwi o najmniej 8 mm Hg. Preparat podawaliśmy dożylnie w ilości 1 cm³ na dawkę. W niektórych przypadkach powtarzaliśmy wstrzyknięcie po upływie godziny, by uzyskać intensywniejsze działanie w myśl danych doświadczalnych uzyskanych przez Dadleza i Koskowskiego oraz ogłoszonych niedawno przez Goertz'a spostrzeżeń nad klinicznem zastosowaniem *myostriatol'u*. Materjał, na którym przeprowadzono badania składał się z 20 osobników z nadciśnieniem tętniczem w wieku od 40 do 70 lat. W tej liczbie jedna chora w wieku lat 40 miała nadciśnienie pierwotne bez dających się stwierdzić klinicznie objawów miażdżycy i bez wyraźniejszych zmian w nerkach, 16 chorych wykazywało nadciśnienie w związku z miażdżycą tętnic, 3 chorych na tle przewlekłego kłębuszkowego zapalenia nerek z wtórną marskością nerek. Celem dokładnego zorjentowania się co do zależności istniejącego nadciśnienia od ewentualnych zmian w nerkach, przeprowadzono we wszystkich przypadkach czynnościowe badanie nerek. Pomiary ciśnienia wykonywano w porze przedpołudniowej w 2 — 3 godziny po posiłku. Ciśnienie krwi maksymalne i średnie oznaczano przed wprowadzeniem *myostriatol'u*, w 30 minut i w 60' po injekcji, poczem kontrolowano je po 24 godzinach. Preparat podawano bądź codziennie, bądź w 2—3 dniowych odstępach czasu. Wstrzyknięcia były bez wyjątku doskonale znoszone, nie wywołując żadnego odczynu miejscowego ani ogólnego.

Otrzymane wyniki rozpatrzymy dla każdej grupy chorych zosobna.

U 16 chorych z nadciśnieniem w związku z miażdżycą tętnic otrzymaliśmy pod wpływem *myostriatol'u* wyraźną zniżkę ciśnienia maksymalnego, utrzymującą się rozmaicie długo. W przeważającej ilości przypadków najwyraźniejszy spadek uzyskano po pierwszem wstrzyknięciu. Następne dawki wzmacniają lub tylko podtrzymują osiągnięty efekt.

Umieszczony poniżej wykres dotyczy zachowania się ciśnienia pod wpływem *myostriatol'u* u 54-letniej chorej M., u której ciśnienie przed przyjęciem na Oddział wielokrotnie kontrolowane przez domowego lekarza wahało się stale około 220 mm Hg. Badanie czynnościowe nerek daje wynik prawidłowy. Po kilkutygodniowym spoczynku w łóżku ciśnienie kilkakrotnie oznaczane wynosiło 210—215 mm Hg.



Krzywa Nr. 1.

Zaobserwowane w znacznej części naszych przypadków zmniejszenie działania hipotensyjnego *myostriatol'u* przy następnych dawkach, stoi w zgodności ze spostrzeżeniami Goertz'a, że osiągnięty efekt jest tem mniejszy, im bardziej ciśnienie zbliża się do normy; dodać jednak musimy, że tylko w wypadkach, gdzie wysokie ciśnienie nie jest uwarunkowane przewlekłemi zmianami w nerkach.

W przeciwieństwie do przeważającej liczby przypadków, u 2 chorych po pierwszych wstrzyknięciach podawanych w odstępach 24 godzinnych, ciśnienie ulegało tylko nieznacznym wahaniom, nie przekraczającym 10—15 mm Hg, zaś po kilkunastu godzinach powracało do punktu wyjściowego. Dopiero po 5-ciu, względnie 6-ciu wstrzyknięciach zaznaczył się wyraźniejszy efekt hipotensyjny: ciśnienie krwi obniżyło się w pierwszym przypadku o 25 mm Hg, w drugim o 50 mm Hg w stosunku do wartości początkowych. Jakkolwiek w obu przypadkach badanie moczu nie wykazywało zmian patologicznych, anormalny poziom azotu niebiałkowego i indykanu we krwi przemawiał za prawidłową wydolnością nerek, jednak nieznaczne zaburzenia w zdolności zagęszczania moczu, a przedewszystkiem wysokie wartości dla ciśnienia początkowego w obu przypadkach (240 i 280 mm Hg) nasuwały podejrzenie marskości nerki pochodzenia naczyniowego. Powyższe przypadki w stosunku do zastosowanego środka hipotensyjnego stoją, jak zobaczymy poniżej, na pograniczu między nadciśnieniem towarzyszącem miażdżycy, a powstałem na tle przewlekłych zmian zapalnych w nerkach z następową marskością tychże.

O ile chodzi o stopień obniżenia się ciśnienia maksymalnego krwi, uzyskany w czasie podawania *myostriatol'u* u naszych chorych, to na 16 przypadków nadciśnienia w związku z miażdżycą wynosiło ono:

w 1 przypadku — 60 mm Hg, w 2 przyp. — 50 mm Hg, w 1 przyp. — 45 mm Hg, w 1 przyp. — 40 mm Hg, w 1 przyp. — 35 mm Hg, w 1 przyp. — 30 mm Hg, w 2 przyp. — 25 mm Hg, w 5 przyp.—

20 mm Hg, w 2 przyp. — 10 mm Hg, czyli że tylko 12.5% badanych przypadków wykazywało spadek ciśnienia mniejszy od 20 mm Hg. W obu przypadkach wykazujących tak małą zniżkę, wartości początkowe ciśnienia tylko nieznacznie różniły się od normy (145 i 140 mm Hg). Oprócz stopnia uzyskanej zniżki ciśnienia maksymalnego obserwowaliśmy czas trwania uzyskanego efektu. Przedstawiał się on bardzo niejednolicie. W przeważającej części przypadków badanie kontrolne po 24 godzinach od chwili wstrzyknięcia wykazywało lekką zwyżkę w stosunku do uzyskanego spadku ciśnienia, zaś następne wstrzyknięcie *myostriatol'u* w tej samej dawce co poprzednio, wywoływało dalszy spadek ciśnienia poniżej poziomu osiągniętego pierwszą dawką. Niekiedy otrzymany spadek ciśnienia utrzymywał się dłużej, osiągając na drugi a nawet trzeci dzień jeszcze niższy poziom.

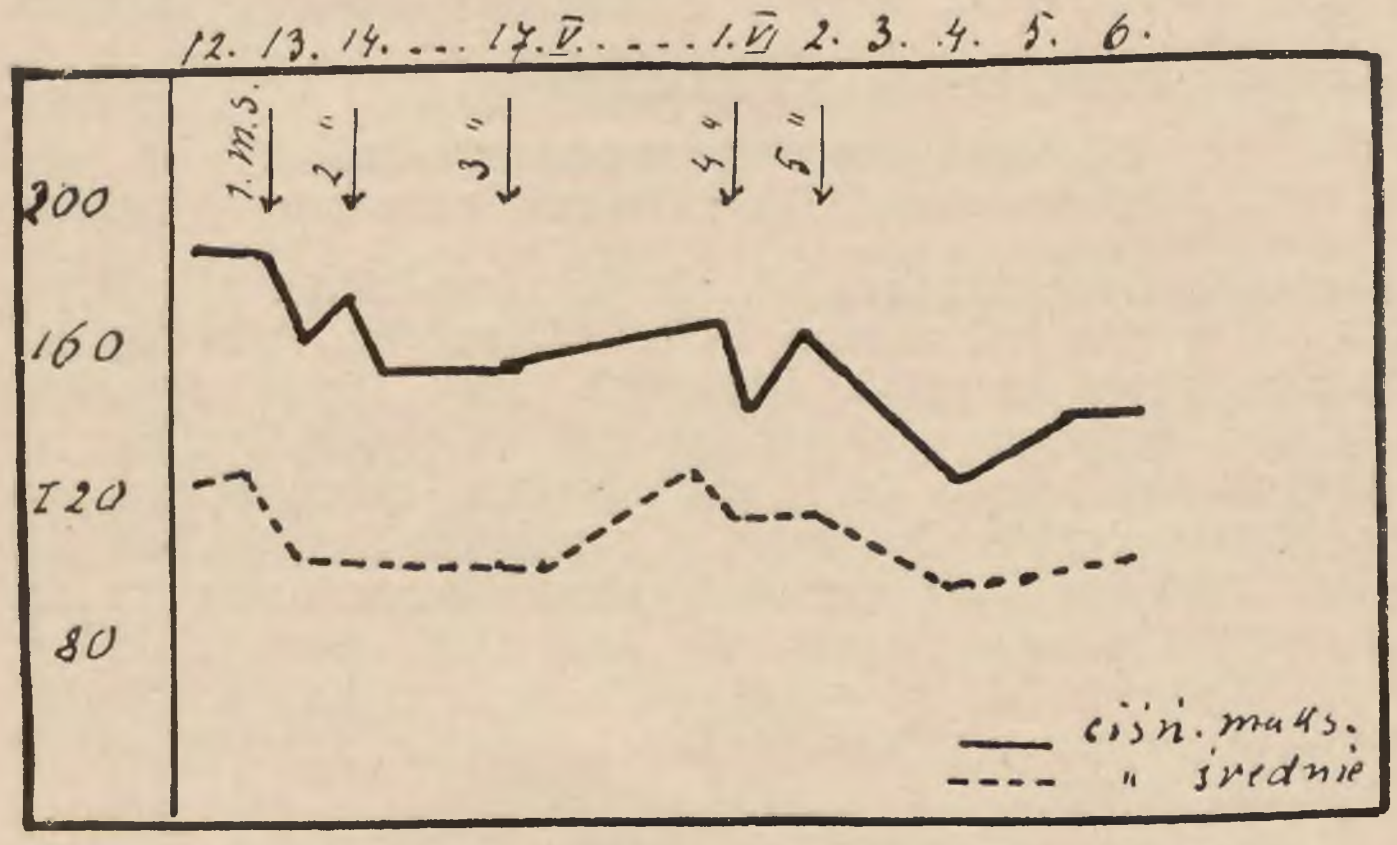
Np. u chorego U. l. 60 z miażdżycą tętnic i nadciśnieniem wynoszącem 220 mm Hg, skierowanego do nas z oddziału okulistycznego przez kol. Luftmana celem obniżenia ciśnienia krwi przed operacją zaćmy, a to dla uniknięcia niebezpieczeństwa krwotoku wybuchowego, ciśnienie krwi w 30' po wstrzyknięciu *myostriatol'u* obniżyło się do 200 mm Hg, po 24 godzinach wynosiło 190 mm Hg, po 48 godzinach 180 mm Hg, następne wstrzyknięcie obniżyło ciśnienie już tylko do 170 mm Hg, poczem przystąpiono do zabiegu operacyjnego. W przeciągu następnych 3-ch dni bez podawania środka hipotensyjnego z powodu braku preparatu, ciśnienie zwolna podnosi się i dosięga 3-go dnia 200 mm Hg.

W 2 wspomnianych powyżej przypadkach nadciśnienia ze zmianami miażdżycowemi w nerkach wartości dla ciśnienia po wstrzyknięciu *myostriatol'u* wracały po upływie 24 godzin najczęściej do punktu wyjściowego tak, że krzywa ciśnienia przedstawiała się w formie dość regularnych wahań. Dopiero 5 względnie 6 wstrzyknięcie wywołało intensywniejszą zniżkę utrzymującą się ponad 24 godzin. W tych przypadkach odnosiło się wrażenie, że dłuższa serja wstrzyknięć, której z powodu odjazdu chorych nie można było przeprowadzić, doprowadziłaby do intensywniejszego i trwalszego obniżenia ciśnienia.

Przy omówieniu wpływu *myostriatol'u* na ciśnienie krwi nie możemy pominąć milczeniem faktu, że trzykrotnie (na 80 wstrzyknięć) zaobserwowaliśmy po podaniu preparatu przemijającą zwyżkę ciśnienia utrzymującą się przez 30—40' i nie przekraczającą 10—15 mm Hg. Obserwowaliśmy ją wyłącznie u chorych z nadciśnieniem nie przekraczającem 200 mm Hg, a jakkolwiek i czas trwania i stopień wychylenia nie dają podstaw do przypisania temu odczynowi większego znaczenia, jednak trzeba się liczyć z możliwością jego wystąpienia. Być może, że należy złożyć na karb dwuokresowości odczynów ustrojowych na bodźce tak często obserwowanej w terapji — wszak i po upustach krwi zauważono przemijające zwyżki ciśnienia — lub poprostu uważać go jako reakcję naczynioruchową (pochodzenia wegetatywnego) po wstrzyknięciu, za czem przemawia szybkość występowania odczynu.

Jak wspomniano powyżej, w obserwowanych przypadkach uwzględniano zachowanie się ciśnienia średniego a mianowicie wielkość wychyleń pod wpływem stosowanego środka hipotensyjnego i ich stosunek do krzywej ciśnienia maksymalnego.

W 10-ciu przypadkach nadciśnienia w związku z miażdżycą, w których przy każdym pomiarze ciśnienia skurczowego systematycznie notowano ciśnienie średnie, obserwowano zniżkę tego ostatniego pod wpływem preparatów mięśniowych, jak widać na przytoczonym wykresie.



Krzywa Nr. 2.

Wychylenia były naogół mniejsze od otrzymanych przy pomiarach ciśnienia skurczowego tak, że amplituda ciśnień zmniejszała się pod wpływem *myostriatol'u*. Zjawisko to tłumaczyć można większą stałością ciśnienia średniego, a nieznaczne nawet obniżenie się tegoż stanowi rzeczywistą miarę zmniejszenia pracy serca.

Na 10 przypadków w 2 uzyskano spadek ciśnienia średniego o 40 mm Hg, w 2 przypadkach o 20 mm Hg, zaś w pozostałych przypadkach o 10 mm Hg. Jeżeli uwzględnimy stosunek otrzymanej zniżki do wartości początkowej ciśnienia średniego, to zobaczymy, że we wszystkich przypadkach, w których uzyskano znaczny spadek ciśnienia średniego, wartości początkowe znacznie przekraczają normę: wynoszą one 125, 130, 140 i 150 mm Hg. Na 6 przypadków, w których uzyskano zniżkę nie przekraczającą 10 mm Hg, w 5 poziom ciśnienia średniego był prawidłowy albo tylko nieznacznie przekraczał normę (110 mm Hg). W tych przypadkach podanie *myostriatol'u* sprowadzało poziom ciśnienia średniego do normy nie dając dalszego spadku, co potwierdzają przytoczone powyżej spostrzeżenia odnośnie do ciśnienia maksymalnego, o regulującem działaniu *myostriatol'u*.

Jedyny przypadek o ciśnieniu średniem wyraźnie podwyższonem (130 mm Hg), w którym *myostriatol* spowodował zniżkę nie przekraczającą 10 mm Hg, dotyczył wspomnianego powyżej chorego z marskością nerek na tle naczyniowem. W tym przypadku, jak widzieliśmy, także ciśnienie maksymalne zachowywało się dość opornie na podanie środka hipotensyjnego.

Przy omawianiu przypadków nadciśnienia w związku z miażdżycą tętnic należy wspomnieć o 2 przypadkach powikłanych jaskrą. W obu przypadkach *myostriatol* niezależnie od mniej lub więcej wybitnego obniżenia ciśnienia tętniczego krwi, doprowadził do wyraźnego obniżenia ciśnienia wśródgałkowego chorego oka bez uprzedniego stosowania leków zwężających źrenicę (oznaczenia przeprowadzał Kol. Luftman zapomocą tonometru S c h i ö t z a).

Jak wspomniano, zastrzyki były dobrze znoszone, chorzy ponadto odczuwali wyraźną ulgę w dolegliwościach związanych z nadciśnieniem jak bóle i zawroty głowy i t. d.

W jednym przypadku nadciśnienia pierwotnego bez objawów miażdżycy i z dobrze zachowaną funkcją nerek (chora L. K. lat 40) uzyskano bardzo dobry wynik przez 2-krotne podanie *myostriatol'u* w dawkach po 100 jednostek. 3-krotnie w odstępach 24-godzinnych oznaczane ciśnienie tętnicze wykazywało u tej chorej wartości 210—215 mm Hg dla ciśnienia maksymalnego, a 130 mm Hg dla średniego. W 30' po injekcji ciśnienie skurczowe wynosi 200 mm Hg, ciśnienie średnie 120 mm Hg, po 24 godzinach — 190/120, zaś w 30' po następnem podaniu *myostriatolu* — 180/110. Następnego dnia ciśnienie skurczowe obniża się bez podania preparatu do 160 mm Hg, ciśnienie średnie podnosi się lekko i wynosi 120 mm Hg. Badanie kontrolne po 3 dniach, w czasie których chora opuściła oddział i oddawała się zwykłym zajęciom domowym, wykazuje cyfry 170/120 mm Hg, po dalszych 10 dniach ponownie 170/120 mm Hg. Różnica ciśnień uzyskana u tej chorej przez podanie *myostriatol'u* wynosi dla ciśnienia maksymalnego 50 mm Hg, dla średniego 20 mm Hg.

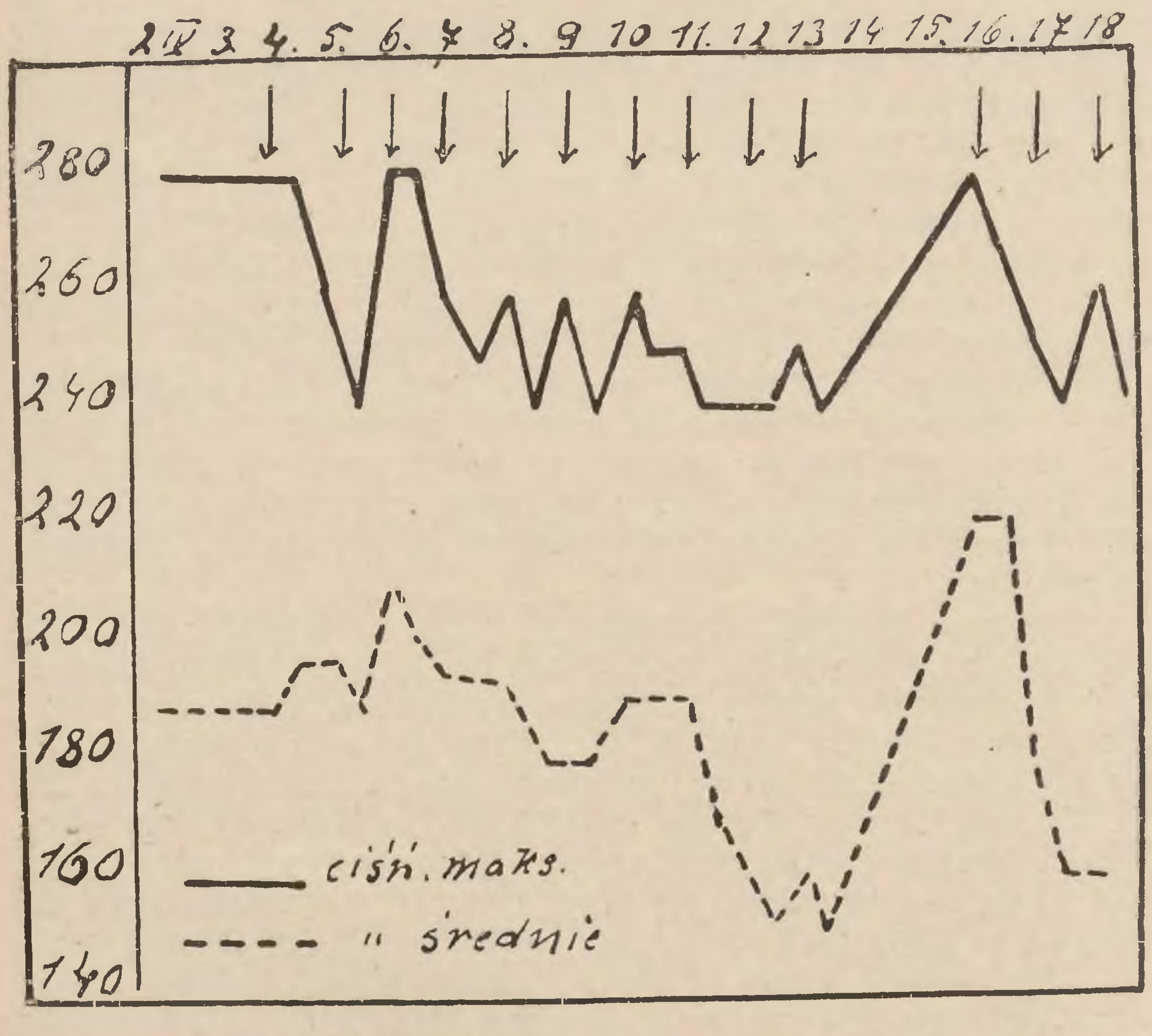
Znacznie oporniej zachowują się przy podawaniu preparatu mięśniowego 3 przypadki nadciśnienia na tle przewlekłego kłębuszkowego zapalenia nerek z następową marskością, które obserwowaliśmy przez dłuższy czas. W przypadku pierwszym (chory E. S. lat 47) ciśnienie skurczowe utrzymuje się stale na wysokości 225 do 230 mm Hg przy diurezie do 2500 cm^3 na dobę, znacznie obniżonej zdolności zagęszczania moczu i lekko podwyższonym poziomie azotu niebiałkowego we krwi. Podanie *myostriatol'u* nie ma wpływu na ciśnienie kontrolowane po 30', po 60' i po 24 godzinach. W 2 dni później wśród objawów zawrotu głowy, mdłości i bicia serca, ciśnienie podnosi się do 260 mm Hg. Podanie *myostriatol'u* sprowadza ciśnienie w przeciągu 30' do wartości początkowej t. j. 225 mm Hg, przyczem przykre objawy podmiotowe ustępują. Popołudniu tegoż dnia ciśnienie 230 mm Hg, stan podmiotowy niezły, tętno 90 na minutę. Następnego dnia rano ciśnienie 240 mm Hg, ponowna injekcja *myostriatol'u* obniża je do 225 mm Hg. Po 24 godzinach przy zwyżce ciśnienia do 240 mm Hg, wykonano upust krwi w ilości 300 cm^3, poczem następuje zniżka ciśnienia do 200—215 mm Hg utrzymująca się 24 godziny, po których pomiar ciśnienia wykazuje ponownie 225 mm Hg. W tym przypadku 3-krotne podanie *myostriatol'u* nie obniżyło ciśnienia poniżej wartości początkowej, okazało się natomiast skutecznem w chwili przełomu naczyniowego z nagłym wzrostem ciśnienia i towarzyszącemi mu objawami. Jest zrozumiałem, że w tym przypadku osiągnięto lepszy choć równie nietrwały efekt przez wydatny upust krwi i jego działanie dezintoksykacyjne.

U chorego B. K. lat 42 z przewlekłem kłębuszkowem zapaleniem nerek i nadciśnieniem do 225 mm Hg, przy niezbyt uszkodzonej wydolności nerek i objawach rozpoczynającej się niewydolności serca, systematyczne podawanie preparatów mięśniowych (10 dawek po 100 jednostek podanych w odstępach 24-godzinnych) wywoływało nieznaczne zniżki ciśnienia skurczowego o 10 do 15 mm Hg, które

zazwyczaj po 24 godzinach powracało do punktu wyjściowego. Wyraźniejsze obniżenie dało się zaobserwować w zakresie ciśnienia średniego wynoszącego przed podaniem *myostriatol'u* 150 mm Hg, które pod wpływem preparatu wykazywało zniżki dosięgające 30 mm Hg, a przez cały czas leczenia utrzymywało się na poziomie 130—140 mm Hg. Być może, że to zjawisko było przyczyną, że przy równoczesnem stosowaniu środków nasercowych udało się u chorego dość łatwo poprawić wydolność serca. Stan poprawy utrzymywał się około 14 dni, poczem zaostrzenie stanu zapalnego nerek pod wpływem nie dającego się usunąć pierwotnego ogniska zakaźnego (migdałki) doprowadziło do objawów mocznicy ze zwyżką ciśnienia, opierającej się wszelkim próbom leczenia.

U 3-go chorego M. G. l. 47, u którego przy objawach wtórnej marskości nerek z nieźle zachowaną zdolnością wydalania związków azotowych, na pierwszy plan obrazu klinicznego wysuwało się nadciśnienie utrzymujące się na wysokości około 280 mm Hg dla ciśnienia maksymalnego, a 190 mm Hg dla ciśnienia średniego, efekt stosowania wyciągów mięśniowych był wyraźniejszy, jakkolwiek równie przemijający. Wśród dolegliwości chorego górowały uporczywe nie dające się niczem usunąć bóle głowy o charakterze migrenowym. Upust krwi sprowadza lekką, krótkotrwałą ulgę i przemijającą zniżkę ciśnienia skurczowego do 250 mm Hg, poczem po kilku dniach powrót do pierwotnego stanu. Codzienne podawanie *myostriatol'u* doprowadza, po okresie wahań w czasie pierwszych 6 injekcyj, do obniżenia się ciśnienia maksymalnego do 240 mm Hg, ciśnienia średniego do 160 mm Hg. Równocześnie poprawił się stan podmiotowy chorego, bóle stały się znośniejsze, występowały z przerwami kilkugodzinnemi, chory po raz pierwszy od długiego czasu spał spokojnie w nocy.

Jednak 2-dniowa przerwa w stosowaniu leku spowodowała ponowną zwyżkę ciśnienia do 280/220 mm Hg z silnemi bólami głowy i krwawieniem z nosa. 2-krotne podanie *myostriatol'u* sprowadza ponownie poziom ciśnienia do 240/160 mm Hg i ustąpienie bólów.



Krzywa Nr. 3.

Dobry stan podmiotowy chorego utrzymywał się tym razem przez kilka dni po zaprzestaniu injekcyj tak, że opuścił on oddział na własne żądanie. Został ponownie przyjęty po 4 tygodniach w stanie bardzo złym. Badanie wykazało zaostrzenie stanu zapalnego nerek z objawami niewydolności tychże, zwyżką ciśnienia do 300/230 mm Hg i prawostronny niedowład. Wydatny upust krwi obniżył ciśnienie na krótki czas do 250/200 mm Hg. Później ponowna zwyżka do 290/220 mm Hg. Następne injekcje *myostriatol'u* wywołują tylko przemijające zniżki ciśnienia o 10 lub 20 mm Hg i nie mają żadnego wpływu na dalszy przebieg choroby doprowadzającej do typowego obrazu przewlekłej mocznicy.

Rozpatrywanie powyższych przypadków nasuwa refleksje na temat celowości stosowania środków hipotensyjnych w przypadkach przewlekłego zapalenia nerek z wtórną marskością. Wiadomo, że niektórzy autorowie uważali nadciśnienie w tych sprawach za zjawisko kompensacyjne, a tem samem mieli zastrzeżenia co do uzasadnienia upartego dążenia do obniżenia ciśnienia w tych przypadkach (M o r a w i t z). Jednak obserwacja kliniczna uczy, że wydolność nerek w przebiegu marskości wtórnej uwarunkowana jest w znacznej mierze wydolnością serca, zmniejszenie zaś oporów obwodowych stwarza korzystniejsze warunki dla pracy serca. Ponadto preparaty mięśniowe rozszerzając tętniczki mogą działać w kierunku poprawy krążenia w nerkach, co z punktu widzenia terapji jest pożądane. Wreszcie działanie *myostriatol'u* na wszystkie tętniczki ustroju przyczynia się do poprawy warunków krążenia ogólnego, zwiększenia powierzchni wymiennej w zakresie kapilarów, a w myśl prawa powierzchniowego G i b b s a do zwiększenia wymiany wogóle.

Streszczając wyniki osiągnięte przez podawanie *myostriatol'u* w przypadkach nadciśnienia, można powiedzieć, że stanowi on dobry środek dla obniżenia nadciśnienia w sposób możliwie szybki i bez wszelkich działań ubocznych, zwłaszcza w przypadkach nadciśnienia pierwotnego. Daje się dowolnie często stosować nie wywołując przyzwyczajenia. Jakkolwiek czas trwania osiągniętego efektu jest rozmaity, jednak przez powtarzanie wstrzyknięć można go przedłużać. Przypadki oporne na podawanie *myostriatol'u* zwłaszcza przy kilkakrotnie powtórzonej dawce, budzą podejrzenie na zmiany w nerkach. Działanie hipotensyjne widoczne przy pomiarach ciśnienia skurczowego znajduje potwierdzenie w obserwacji zachowania się ciśnienia średniego, które stanowi istotny sprawdzian dla zmniejszonej pracy serca. Stosowanie *myostriatol'u* wydaje się wskazane zwłaszcza tam, gdzie w związku z nadciśnieniem zaznaczają się objawy zmniejszonej wydolności serca. Niezależnie od zmniejszenia obwodowych oporów krążenia, preparat zdaje się wywierać pewne torujące działania dla leków nasercowych. Ponadto *myostriatol* nadaje się do stosowania przy występowaniu przełomów naczyniowych na tle nadciśnienia. W tych przypadkach, dzięki szybkości działania, może nieraz zastąpić upust krwi, którego zresztą nie można dowolnie często powtarzać, gdy tymczasem *myostriatol* może być dowolnie często stosowany. W związku z rozszerzającem działaniem na drobne naczynia, może oddać dobre usługi w leczeniu miejscowych zaburzeń krążenia na tle angjospastycznem, a nawet tam, gdzie podejrzewamy istnienie zmian anatomicznych w tętniczkach poszczególnych narządów, gdyż wiemy, że do tych ostatnich dołączają się najczęściej zaburzenia czynnościowe pogarszające stan chorego.

Piśmiennictwo.

1) T. B r u g s c h: Lhrb. d. inn. Med. Berlin 1930. T. I. — 2) J. D a d l e z i W. K o s k o w s k i: P. Gaz. Lek. 1932, Nr. 27, s. 505. — 3) J. G o e r t z: P. Gaz. Lek. 1932, Nr. 27, str. 507. — 4) L. H a b e r l a n d t: Med. Kl. 1931, str. 1240. — 5) S. H r o m: P. Gaz. Lek. 1932, Nr. 17, str. 314. — 6) F a h r e n k a m p i S c h n e i d e r: Med. Kl. 1930 str. Nr. 2. — 7) F r e y: D. Ztschr. f. Chir. 1931. — 8) A. J a n u s z k i e w i c z: P. Arch. M. Wewn. T. VII. Z. 5. — 9) C. L i a n: Presse Méd. 1932, Nr. 7, str. 121. — 10) J. M o d r a k o w s k i: P. Arch. M. Wewn. T. VII. Z. 5. — 11) F. M u n k: Path. u. Klin. d. Nierenkrh. Berlin 1925. — 12) N. P o c z k a: D. Med. Woch. 1931. — 13) R o t h m a n n: Klin. Woch. 1931. — 14) S c h a r p f: D. Med. W. 1931. str. 675. — 15) H. V a q u e z i de C h a i s e m a r t i n: Presse Méd. 1932, str. 473. — 16) H. V a q u e z i D. G o m e z: Presse Méd. 1931, str. 1789. — 17) V. d. V e l d e n: D. M. Woch. 1931. str. 619. 672, 712, 753.

Dr. Leon TOCHOWICZ, Asystent Kliniki. Kraków.

Leczenie tyreotoksykoz wstrzykiwaniami krwi zwierzęcej.

Z I Kliniki chorób wewnętrznych U. J.
Dyrektor: prof. Dr. Tadeusz T e m p k a.

Leczenie tyreotoksykoz, jak również zagadnienie najważniejszego ich zespołu pod postacią choroby Basedowa, stanowi wciąż jeszcze przedmiot rozważań lekarskich. Duża liczba sposobów leczniczych, będących w użyciu, jak również wprowadzanie coraz to nowych, wskazują na to, że nie posiadamy niezawodnego sposobu leczenia choroby Basedowa, a zagadnienie samego schorzenia jest nadal pod wielu względami niewyjaśnione. Leczeniem zachowawczem staramy się wpłynąć korzystnie na ten lub inny objaw chorobowy, lub też nawet udaje się nam nieraz przy pomocy odpowiednich środków zmienić dodatnio przebieg całego obrazu chorobowego.

Ze sposobów zachowawczego leczenia tyreotoksykoz, poza leczeniem przyczynowem, tam, gdzie etjologja samego schorzenia jest nam znana, jak kiła, gościec stawowy, zimnica, gruźlica, dur brzuszny, grypa i t. d., należy wymienić: spokój fizyczny i odciążenie psychiczne, dietę mleczno-roślinną przewyższającą potrzeby kaloryczne, leczenie farmakologiczne z jodem i organoterapją na czele, leczenie fizyczne, jak galwanizacja, diatermja, hydroterapja,

rentgenoterapja i klimatoterapja i wreszcie w ostatnich czasach wprowadzone przez klinikę Biera leczenie krwią zwierzęcą, co stanowi właśnie przedmiot niniejszej pracy.

Dla większego uzasadnienia stosowania i dla łatwiejszego zrozumienia mechanizmu działania leczniczego danego środka, niepodobna jest pominąć dzisiejszych zapatrywań na patogenezę stanów nadczynności tarczycy wogóle, a choroby Graves-Basedowa w szczególności.

Wiadomości nasze o fizjologji zarówno jak i o patologji tarczycy nie są dostateczne, niemniej jednak pozwalają nam stwierdzić, że całego zespołu objawów choroby Basedowa nie możemy wytłumaczyć samą wzmożoną czynnością tarczycy, a z drugiej strony nie da się utrzymać teorja powstawania tyreotoksykoz wskutek zmienionej jakościowo wydzieliny tego gruczołu. Niezależnie od różnic w poglądach na patogenezę tyreotoksykoz, przyjąć można, że w powstawaniu tego cierpienia, poza tarczycą zasadniczą rolę odgrywa układ mimowolny. Wiemy, że fizjologiczna własność wydzielin gruczołów dokrewnych i rola układu nerwowego wegetatywnego łączą się z sobą w jedną wielką całość. Wydzieliny gruczołów dokrewnych wpływają na czynność układu wegetatywnego i naodwrót nerwy wegetatywne na sprawność gruczołów dokrewnych.

W obrazie klinicznym choroby Graves-Basedowa należy rozróżnić dwa zespoły, mianowicie: nadczynność tarczycy, przebiegającą ze wzmożoną przemianą spoczynkową i wzmożone napięcie układu współczulnego, przejawiające się wysadzeniem gałek ocznych, przyśpieszeniem tętna, wzmożoną pobudliwością, bezsennością oraz zaburzeniami naczynioruchowemi i zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego. Oba te zespoły razem wzięte, dopiero tworzą tę jednostkę chorobową, natomiast żaden z nich zosobna nie pozwala nam jeszcze mówić o chorobie Basedowa.

Wprawdzie w gruczolaku złośliwym może brakować objawów ze strony układu neurowegetatywnego, jednakże uniezależnianie zupełne tej jednostki chorobowej od zespołu choroby Basedowa napotyka dzisiaj na coraz większy sprzeciw klinicystów i raczej uznawana jest jednolita patogeneza tych dwóch postaci tyreotoksykoz.

Trzecim czynnikiem, który odgrywa dużą rolę w patogenezie choroby Basedowa, jest układ fizyko-chemiczny krwi. Prace B i e r a, Z o n d e k a, D r e s l a, K ö n i g a, C a n t i l a oraz G l a s s a dowodzą, że w chorobie Basedowa występują zmiany w układzie fizyko-chemicznym krwi. Znaczenie tych zmian we krwi w przebiegu choroby Basedowa podkreślają szczególnie Z o n d e k i U c k o, którzy stwierdzili, że zmienna czynność hormonów podlega wpływom środowiska fizyko-chemicznego, a mianowicie, że aktywizacja hormonu tarczycowego wzmaga się w środowisku kwaśnem. Wiemy poza tem z badań Z o n d e k a, K r a u s a i innych, że układ elektrolitów stanowi podkład działania nerwów wegetatywnych. Mianowicie według Z o n d e k a działanie tych nerwów polega przedewszystkiem na zmianach w rozkładzie katjonów Ca i K. Współistnienie zaburzeń w zakresie tych trzech układów w przebiegu tyreotoksykoz świadczy o tem, że nastąpiło wogóle zaburzenie w ich równowadze; które jednak z tych zaburzeń jest pierwotne, a które wtórne, tego dzisiejszy stan badań nie rozstrzyga. Zespół objawów choroby Basedowa prowadzi jakgdyby do powstania błędnego koła, mianowicie: wydzielina gruczołu tarczowego wpływa na czynność fizjologiczną układu wegetatywnego, ten zaś na układ elektrolitów, który znowu ze swej strony uczula działanie wydzieliny tarczycy.

Ponieważ nie znamy ostatecznie punktu wyjścia powstawania tych zaburzeń, przeto leczenie nasze tych stanów ograniczyć się musi do przerwania jednego z ogniw tego błędnego koła. Wyrazem takiego zapatrywania jest też między innemi wprowadzone przez klinikę B i e r a leczenie choroby Basedowa wstrzykiwaniami krwi zwierzęcej, który tą drogą chce doprowadzić do „przestrojenia" ustroju.

Próby leczenia krwią lub surowicą krwi zwierząt podejmowano w patologji ludzkiej od dość dawna. B i e r, H o f b a u e r, B r u n e r i Ś w i ą t e c k i stosowali wstrzykiwania krwi, bądź też surowicy krwi zwierząt w nowotworach złośliwych. Przy leczeniu gruźlicy wstrzykiwaniami krwi zwierzęcej dożylnie, stwierdzał B i e r u swoich chorych przybytek wagi i to spostrzeżenie nasunęło mu myśl leczenia tą metodą choroby Basedowa.

Należy teraz rozpatrzeć, na czem miałby polegać mechanizm tego leczenia. Niewątpliwie wstrzykiwania krwi zwierzęcej działają na ustrój podobnie, jak wogóle ciała białkowe wprowadzone pozajelitowo. Istota tego leczenia polega na działaniu bodźcowem, wywołującem nieswoisty odczyn ze strony całego ustroju i tem przedewszystkiem różni się od leczenia swoistego i działania środków farmakologicznych. Ten odczyn ustroju po wprowadzeniu obcogatunkowego białka drogą pozajelitową polega naprzód na tem, że powstają, jak wszystkim wiadomo, we krwi i w tkankach zmiany fizyko-chemiczne; poza tem proteinoterapja wpływa na przemianę spoczynkową, ciepłotę ciała, na obraz morfologiczny krwi, o czem i my mogliśmy się przekonać w badanych przez nas przypadkach, wreszcie wpływa na czynność gruczołów dokrewnych i na powstawanie, względnie na narastanie ciał odpornościowych. Jeżeli na wyniki lecznicze proteinoterapji będziemy patrzyć z punktu widzenia tych zmian, to w rzeczywistości możemy za W e i c h a r d t e m mówić tu o leczeniu przestrajającem ustrój. W całokształcie zespołu choroby Basedowa, zwłaszcza w początkowych jej okresach, zaburzenia czynnościowe w znacznym stopniu przeważają nad małą liczbą zmian organicznych. Zaburzenia te w tyreotoksykozach, jak już wspominaliśmy, mówiąc o patogenezie tej jednostki chorobowej, dotyczą w pierwszym rzędzie zaburzeń wewnętrznowydzielniczych, zwłaszcza, ale bynajmniej nie wyłącznie, wydzielania wewnętrznego tarczycy, zmian czynnościowych zaburzeń układu wegetatywnego i wreszcie zaburzeń w zakresie elektrolitów. Współistnienie zaburzeń czynnościowych, a nie organicznych tych trzech pierwszorzędnej wagi dla ustroju układów, nasuwa nam myśl o szukaniu czynnika przestrajającego w leczeniu tych stanów.

Teoretycznie rzecz biorąc, trudnoby nam było rozstrzygnąć, poprzez który z tych trzech układów należałoby dążyć do przestrojenia ustroju. Według K r a u s a do układu roślinnego należy zaliczyć: układ nerwowy autonomiczny ośrodkowy i obwodowy, zespół gruczołów dokrewnych, elektrolity ustrojowe oraz układ koloidów komórkowych. Niewątpliwie, wszystkie wymienione składniki układu roślinnego współpracują przy utrzymywaniu równowagi ustroju, wpływ jednak elektrolitów, zwłaszcza K, Ca ma mieć według Z o n d e k a dominujące znaczenie na całość zaburzeń.

Jeżeli teraz uwględnimy ten cały splot czynników patogenetycznych w chorobie Basedowa, to łatwo zrozumieć, że wyniki leczenia skierowanego tylko na poszczególne te czynniki mogą być wątpliwe; wobec tego należałoby wybrać sposób leczenia, działający równocześnie na cały ten zespół czynników patogenetycznych, a do tego celu nadaje się najlepiej „przestrojenie" ustroju w postaci leczenia bodźcowego, a odnośnie do choroby Basedowa w postaci wstrzykiwań odwłóknionej krwi zwierzęcej, wprowadzonych przez klinikę B i e r a. Wstrzykiwania krwi obcogatunkowej w chorobie Basedowa wpływają na zmiany fizyko-chemiczne we krwi i tkankach, wywołują zmiany w budowie koloidów komórkowych i w rozmieszczeniu elektrolitów. Ta zmiana w ugrupowaniu elektrolitów może prowadzić do nowego nastawienia zakończeń układu wegetatywnego na bodźce wewnętrznopochodne, co znowu wpłynąć może na fizjologiczne czynności gruczołów dokrewnych i tą drogą wkońcu doprowadzić do obniżenia wzmożonych procesów życiowych w chorobie Basedowa.

Oczywiście, że byłby to tylko jeden drobny szczegół w mechanizmie tego sposobu leczenia; znaczna różnorodność czynników, które tu wchodzą w grę, sprawia, że wypadkowa wpływów. powodując powrót do równowagi i ortotonji, co jest zresztą właściwością wszelkiego leczenia nieswoistego, może doprowadzić do „przestrojenia" chorego ustroju. Temu przestrojeniu, jako metodzie leczniczej choroby Basedowa, przypisuje duże znaczenie również i H i g i e r, dążąc do przestrojenia ustroju w tych stanach zapomocą wstrzykiwań wapnia.

Kończąc te uwagi o działaniu krwi obcogatunkowej, musimy przyznać, że sam mechanizm tego leczenia nie jest bynajmniej dotychczas całkowicie wyjaśniony; wobec bowiem hipotetycznych danych o patogenezie i etjologji tyreotoksykoz, oraz wielu niewyjaśnionych zmian ustroju, wywołanych leczeniem bodźcowem, możemy tylko bardzo ogólnikowo mówić o „przestrojeniu" ustroju zapomocą tego leczenia ze szczególnym wpływem na całość układu roślinnego w pojęciu K r a u s a.

Z przytoczonych tu rozważań zdawaćby się mogło, że dla osiągnięcia celu przy leczeniu choroby Basedowa niekoniecznie musimy się posługiwać krwią zwierzęcą, gdyż podobne działanie przypisujemy i innym ciałom białkowym, wprowadzonym pozajelitowo. Opierając się jednak na badaniach kontrolnych Z i m m e r a, który nie spostrzegał dodatnich wyników przy leczeniu choroby Basedowa ani zapomocą autohemoterapji, ani też przy wstrzykiwaniu krwi zdrowych osób, należy przypisywać krwi zwierzęcej pewne jakgdyby swoiste, dodatnie właściwości w tych stanach. Ta okoliczność nie może nas dziwić, jeżeli uwzględnimy, że różnice, które dadzą się stwierdzić przy stosowaniu proteinoterapji, zależą, poza szeregiem innych czynników, jak wielkość dawki, odczyn ustroju, istota samej sprawy chorobowej, jeszcze od rodzaju danego białka. Wiemy, że niektóre białka mają jakoby swoiste powinowactwo do pewnych narządów lub tkanek, tem też między innemi tłumaczy się dodatek pałeczki krwawej *(Bact. prodigiosum)* do wakcyneuryny.

Przystępujemy teraz do przedstawienia naszych własnych wyników przy użyciu tej metody leczniczej w przypadkach nadczynności tarczycy.

Materjał nasz kliniczny, który leczono wstrzykiwaniami krwi zwierzęcej, obejmuje 31 chorych. Z tego 22% było mężczyzn. Wiek spostrzeganych przez nas chorych wahał się od 19—68 lat. Przeważna liczba chorych była w wieku około 30 lat. Co do stopnia ciężkości hipertyreotoksykozy dzielimy naszych chorych na 3 grupy. Do pierwszej grupy zaliczymy 12 chorych z przemianą spoczynkową wzmożoną o + 55—110%, druga grupa obejmuje 13 chorych z przemianą spoczynkową wzmożoną o + 25—50% i wreszcie trzecia grupa stanowi 6 chorych z przemianą spoczynkową, wzmożoną o + 15—25%.

Ten podział, wedle stopnia wzmożenia przemiany spoczynkowej, jakkolwiek nie uwzględnia całości obrazu klinicznego choroby Basedowa, to jednak wydaje nam się najbardziej uzasadniony ze względu na tę okoliczność, że przemiana spoczynkowa jest dla nas bezwzględnie przedmiotowym drogowskazem przy leczeniu choroby Basedowa, w tem znaczeniu, że obniżanie się jej w toku leczenia jest dowodem skuteczności danego środka. Klinicznie u 26 spostrzeganych przez nas chorych stwierdziliśmy typowy zespół objawów choroby Basedowa z mniej lub więcej silnie zaznaczonemi objawami neurowegetatywnemi. U dwóch z tych chorych spostrzegaliśmy późne nawroty po zabiegu operacyjnym, u jednej chorej w 15 lat, a u drugiej w 8 lat po zabiegu. U wszystkich tych chorych stwierdzaliśmy powiększenie gruczołu tarczowego, cechujący dla tej sprawy blask oczu i wysadzenie gałek ocznych, drżenie kończyn, poty, wzmożoną pobudliwość nerwowo-psychiczną, bezsenność, niepokój, uczucie bicia serca z nadmierną jego pobudliwością dochodzącą nawet do 140 uderzeń na minutę, w 4 przypadkach czynność serca była niemiarową. Ciśnienie tętnicze (met. K o r o t k o w a) tylko w 4 przypadkach było wzmożone od 150/70 do 180/90 mm Hg, w pozostałych przypadkach ciśnienie tętnicze wahało się w granicach prawidłowych. Rozpiętość między ciśnieniem skurczowem i rozkurczowem w 5 przypadkach wynosiła od 40—50 mm Hg, w pozostałych przypadkach amplituda ciśnień wynosiła ponad 60 mm Hg. Siedmiu chorych miało rozwolnienia, z tego u dwóch biegunki były bardzo uporczywe, trwające od 5 i 7 miesięcy po 3—5 wypróżnień dziennie. Wypadanie włosów, brwi, stwierdziliśmy w 12 przypadkach. Ciepłota ciała tylko w 12 przypadkach wahała się w granicach prawidłowych, u pozostałych chorych spostrzegaliśmy stany podgorączkowe, nie przekraczające jednak 37.5° C. Dwa razy w przypadkach ze wzmożoną przemianą spoczynkową o + 58% i + 87% spostrzegaliśmy cukier w moczu w ilości 0.8% i 1.6%. Odrazu tutaj zaznaczam, że cukier w moczu tych chorych ustąpił pod wpływem leczenia krwią zwierzęcą bez leczenia dietetycznego. Z objawów ocznych spostrzegaliśmy dodatni objaw Graefego 11 razy, Möbiusa 8, Kochera 6, Stellwaga 16 razy, wyraźne drżenie oczu *(nystagmus)* stwierdziliśmy tylko u 5 chorych. Tak się więc przedstawiał zespół objawów chorobowych u 26 spostrzeganych przez nas chorych z typowym obrazem choroby Basedowa. U pozostałych 5 spostrzeganych przez nas chorych obraz kliniczny odpowiadał objawom gruczolaka złośliwego (toksycznego), wyróżnianego przez autorów amerykańskich P l ü m m e r a i B o o t h b y'e g o. U wszystkich tych chorych stwierdziliśmy poza wzmożoną przemianą spoczynkową, szybkie chudnięcie, zaburzenia ze strony narządu krążenia w postaci niemiarowości czynności serca i niezbyt wielkiego przyśpieszenia tętna; poza tem cera tych chorych była najczęściej blada z lekkiem podżółtaczkowem zabarwieniem. Nie było natomiast u tych chorych objawów neurowegetatywnych, w szczególności wysadzenia oczu. Wiek tych 5 chorych wynosił ponad 50 lat, a mianowicie: 62, 68, 55, 63 i 56 lat. Objawy nadczynności tarczycy w tych 5 przypadkach rozwijały się w przebiegu długotrwającego zwykłego wola. Tak się więc przedstawiał ogólny obraz chorobowy u spostrzeganych przez nas chorych, u których zastosowaliśmy leczenie w postaci wstrzykiwań domięśniowych krwi zwierzęcej.

Technika naszego leczenia opierała się na metodzie Z i m m e r a z kliniki B i e r a i była następująca: wstrzykiwaliśmy domięśniowo 2—5 cm³ świeżej odwłóknionej krwi naprzemian baraniej i bydlęcej co 7—10 dni w ogólnej ilości 2—7 wstrzyknięć. Czas spostrzegania leczonych przez nas chorych, licząc od początku leczenia wynosi dotychczas 1—16 miesięcy. Wszyscy chorzy pozostawali w warunkach szpitalnych na zwykłej diecie, z leków zaś otrzymywali tylko jakiś środek obojętny. Po tygodniowem przyzwyczajeniu się chorych do pobytu w klinice badaliśmy przemianę spoczynkową, obraz krwi, zapisywaliśmy średnią, ustaloną w ciągu tego czasu liczbę tętna na minutę, wagę ciała, ciepłotę, obwód szyi, liczbę wypróżnień i wreszcie w ciągu tego czasu zwracaliśmy uwagę na zachowanie się całego obrazu chorobowego, jak wysadzenie oczu, drżenie kończyn, poty, wypadanie włosów i ogólny stan chorych. Po tym wstępnym okresie rozpoczynaliśmy dopiero leczenie, wstrzykując najczęściej za pierwszym razem 2 cm³ świeżej odwłóknionej krwi baraniej i podnosząc każdą następną dawkę, dochodząc wkońcu do 5 cm³; tego samego sposobu dawkowania przestrzegaliśmy przy użyciu krwi bydlęcej. Chorzy przebywali na klinice od 5—8 tygodni, a następnie po wyjściu z kliniki zgłaszali się co 4, 6 względnie 8 tygodni do kontrolnego badania.

Przystępujemy teraz do omówienia przebiegu klinicznego w czasie leczenia. Po każdem wstrzyknięciu u wszystkich bez wyjątku chorych stwierdzaliśmy zwykły odczyn, cechujący wprowadzenie pozajelitowe obcogatunkowego białka. W dwie do czterech godzin po wstrzyknięciu ciepłota ciała podnosiła się zależnie od osobniczej wrażliwości od 37.5°—39.2° C, równocześnie tętno szło wgórę równolegle do stopnia ciepłoty. Dość często spostrzegaliśmy bóle głowy, uczucie zimna w postaci dreszczów przed wystąpieniem gorączki. Objawy te ogólne utrzymywały się od 24—72 godzin, przechodząc zwykle łagodnie bez żadnych większych zaburzeń. Tylko u 3 chorych spostrzegaliśmy w czasie gorączki wysypkę na całem ciele w postaci pokrzywki, u 2 chorych po czwartem, a u jednego po trzeciem wstrzyknięciu. Równocześnie ze spadkiem ciepłoty u tych trzech chorych znikała też wysypka bez zastosowania żadnego odczulającego leczenia. W miejscu wstrzyknięcia stwierdzaliśmy dość często, zwłaszcza po zastosowaniu krwi bydlęcej, bolesność, zaczerwienienie i obrzęk, które to objawy utrzymywały się nieraz do 5 dni. Większej różnicy w odczynie ogólnym ustroju po wstrzyknięciu krwi baraniej, czy też bydlęcej nie spostrzegaliśmy.

Chcąc uniknąć objawów wstrząsu anafilaktycznego w postaci znacznego podwyższenia ciepłoty, obniżenia parcia krwi, duszności, wymiotów i t. d. należy uwzględnić naprzemienność wstrzykiwań krwi baraniej i bydlęcej i nie dopuścić, zdaniem M i n o, do wprowadzenia ewentualnego skrzepu do ustroju. Według tego autora bowiem wstrzykiwanie krwi ze skrzepem może wywołać wyżej wymienione objawy. Te uwagi o wstrząsie anafilaktycznym nasunęły się nam dlatego, ponieważ objawy te w czasie leczenia krwią zwierzęcą spostrzegano i z tego powodu stawiano zarzut tej metodzie leczniczej. Bezpośrednio po każdem wstrzyknięciu u wszystkich chorych spostrzegaliśmy pogorszenie się wszystkich objawów chorobowych. Wyrównanie tego stanu pogorszenia następowało w ciągu paru dni po wstrzyknięciu. Te same objawy powtarzały się po każdem następnem wstrzykiwaniu, a więc mieliśmy tutaj typową dwuokresowość, spostrzeganą przy każdem leczeniu bodźcowem.

Przechodzimy teraz do omówienia wyników, jakie otrzymaliśmy u naszych chorych I. grupy stosując wstrzykiwania krwi zwierzęcej. Są one przedstawione na tablicy Nr. 1. Zaznaczamy, że jakkolwiek na tablicach będziemy uwzględniać, z powodu szczupłości miejsca, tylko pierwsze i ostatnie badania, to jednak podkreślamy, że badania te powtarzaliśmy u każdego spostrzeganego przez nas chorego od 5—15 razy.

Tablica 1.

Grupa I. ze wzmożoną przemianą spoczynkową ponad 55%.

				Przed leczeniem			Po leczeniu			Otrzymane wyniki spadku p.s., tętna i przyrostu wagi				
L. p.	Imię i nazwisko	Wiek i płeć	Data 1-go badania	P.S.%	Waga w kg.	Liczba tętna 1'	P.S.%	Waga w kg.	Liczba tętna 1'	P.S. %	Liczby tętna na 1'	Wagi w kg.	Ilość zastrzyków	Czas spostrzegania w miesiącach
1	R.S.	37 ♀	9/VI. 1930	67	44.4	140	32	56.5	100	- 35	- 40	+ 12.1	7	16
2	S.S.	23 ♀	27/IV. 1930	58	52.-	112	26	57.-	94	- 32	- 18	+ 5.-	6	16
3	K.S.	28 ♀	13/X. 1930	60	50.2	130	28	57.-	100	- 32	- 30	+ 6.8	6	13
4	F.A.	33 ♂	24/III 1930	68	47.2	120	30	54.-	102	- 48	- 18	+ 6.8	5	12
5	M.W.	34 ♀	1/VI. 1930	61	47.7	124	52	50.1	98	- 9	- 16	+ 2.4	5	10
6	J.D.	24 ♂	18/IV. 1930	83	51.-	132	41	56.5	110	- 42	- 22	+ 5.5	7	9
7	W.Z.	55 ♀	1/XI. 1930	64	53.5	112	23	57.-	100	- 41	- 12	+ 3.5	5	6
8	S.R.	68 ♂	13/V. 1931	90	60.-	122	51	61.5	110	- 39	- 12	+ 1.5	4	4
9	Ł.B.	55 ♀	22/IV. 1930	77	47.3	126	47	49.5	104	- 30	- 22	+ 2.2	5	3
10	J.S.	34 ♀	6/IX. 1931	78	63.5	120	55	65.5	110	- 23	- 10	+ 2.-	5	3
11	K.F.	63 ♀	19/X. 1930	58	44.-	96	48	45.-	96	- 10	- 0	+ 1.-	5	1
12	A.L.	37 ♀	1/V. 1930	110	53.-	142	110	50.-	144	0	+ 2	- 3.-	3	3 tyg.

W zestawieniu na tej tablicy widzimy, że na 12 przypadków w przebiegu ciężkiej hipertyreotoksykozy otrzymaliśmy tym sposobem leczenia u 9 chorych zupełnie dobre wyniki (L. 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9 i 10). Poprawa u tych chorych przejawiała się w pierwszym rzędzie spadkiem przemiany spoczynkowej o 23—49%, średnio o około 37%; przybytek wagi u tych chorych wynosił od 1½ do 12 kg, średnio około 4½ kg, liczba tętna na minutę spadała o 10—40. Ponadto u tychże chorych ustępowały i inne dolegliwości, jak poty, drżenie rąk, bezsenność, uczucie bicia serca, wypadanie włosów. Z trzech chorych tej grupy, u których stwierdzaliśmy przed leczeniem stany podgorączkowe i biegunki, po ukończonem leczeniu, u 2 znikły stany podgorączkowe, a u wszystkich 3 ustąpiły biegunki. Wypadanie włosów w tej grupie chorych stwierdziliśmy w 4 przypadkach, po leczeniu i te dolegliwości u 2 chorych ustąpiły zupełnie, a u 2 znacznie się zmniejszyły. Tylko u 3 chorych z tej grupy spostrzegaliśmy zmniejszenie się gruczołu tarczowego w postaci skrócenia obwodu szyi o 1.2 i 2½ cm oraz wyraźne zmniejszenie się wysadzenia i blasku oczu.

Samopoczucie tych chorych ulegało równolegle do stanu przedmiotowego wyraźnej poprawie, łaknienie znacznie się poprawiało, jak również objawy neurowegetatywne wyraźnie się zmniejszały. U dwóch chorych (L. 5 i 11) tej grupy mogliśmy stwierdzić tylko nieznaczny przybytek wagi 2.4 kg i 1 kg, bez wyraźnych zmian w innych objawach zespołu choroby Basedowa. U jednego tylko chorego (l. 12) po tem leczeniu spostrzegaliśmy spadek wagi ciała o 3 kg bez wyraźnych odchyleń w innych objawach; należy jednak dodać, że przypadek ten z powodów od nas niezależnych był stosunkowo bardzo krótko spostrzegany, bo tylko przez 3 tygodnie i z tego też powodu nie może być brany w rachubę dla oceny wartości omawianego tu sposobu leczenia. Dla przedmiotowej oceny naszych przypadków przytaczamy niektóre historje choroby, zaznaczając, że przebieg kliniczny u innych chorych, u których stwierdzaliśmy poprawę po zastosowaniu wstrzykiwań krwi zwierząt, zasadniczo w niczem nie różnił się od tych, które tu podajemy.

1) D. J., lat 24, student praw, przybył na klinikę 18. IV. 1930 r. L. dz. 180/30. Chory skarży się na uczucie bicia serca, lęki, szybkie męczenie się, poty, drżenie rąk, biegunki, wypadanie włosów, chudnięcie, ponadto zauważył powiększenie się obwodu szyi i wysadzenie gałek ocznych. Objawy te miały wystąpić nagle przed 2 miesiącami po urazie psychicznym z powodu śmierci matki. Od 2 miesięcy zmuszony był chory przerwać studja prawnicze z powodu wyżej wymienionych dolegliwości. Przedtem nigdy nie chorował. Dziedzicznego obciążenia niema. Alkoholu chory nie pija, tytoniu nie pali. Warunki życiowe średnie. Stan obecny: Chory niespokojny, duża pobudliwość na bodźce zewnętrzne, wybitne wysadzenie gałek ocznych, objaw Kochera, Möbiusa, Stellwaga dodatnie, gruczoł tarczowy symetrycznie powiększony (obwód szyi 39 cm), skóra wilgotna, silnie zaznaczone drżenie kończyn, tętno 140 na minutę, ciśnienie tętnicze 150/70 mm Hg, serce nieco na lewo powiększone, płuca bez zmian. Odczyn Wa. ujemny. W moczu stwierdza się 0.8% cukru, poza tem niema nic patologicznego. Obraz krwi poza limfocytozą 46% przy 7600 ciałek białych w 1 mm³ nie wykazuje odchyleń od normy. Waga 51 kg, przemiana spoczynkowa wzmożona o + 83%. Przed przybyciem na klinikę leczony był chory antytyreoidyną (4 flaszeczki i 24 wstrzykiwań), bez żadnej poprawy. Ostatnie wstrzykiwanie przed dwoma tygodniami. Leczenie w klinice: Chory otrzymuje w ciągu 2-miesięcznego pobytu na klinice 8 wstrzyknięć krwi zwierzęcej, z lekarstw otrzymuje tylko goryczkę. Po każdem wstrzyknięciu stwierdza się dość silny ogólny odczyn ustroju z ciepłotą dochodzącą do 39.3° C z silną bolesnością, obrzękiem i zaczerwienieniem w miejscu wstrzykiwania, utrzymującemi się do 5 dni. W dwa tygodnie po ostatniem wstrzyknięciu badanie przedmiotowe chorego stwierdza: Tętno 120 na minutę, przemiana spoczynkowa + 78%, waga 52.5 kg, drżenie rąk zmniejszone. Poty, biegunki, uczucie bicia serca ustąpiły. We krwi limfocytów 35% przy 7400 c. b. w 1 mm³. W moczu cukru nie stwierdza się. Samopoczucie chorego nieco lepsze, wyraźna poprawa łaknienia. Dnia 15. VII. 1930 r. chory opuszcza klinikę z tem, że ma się zgłaszać co 4 tygodnie do badania kontrolnego. Przy każdem następnem badaniu (ogólna liczba badań 10) samopoczucie chorego równolegle ze stanem przedmiotowym okazuje wyraźną poprawę, mimo że chory przez cały czas po opuszczeniu kliniki znajduje się w okresie przygotowywania się do egzaminów. Ostatnie badanie przeprowadzone dnia 8. II. 1931 r., a więc w 9 miesięcy od rozpoczęcia leczenia stwierdza wyraźne zmniejszenie się pobudliwości psychiczno-nerwowej; obwód szyi zmniejszył się na 38 cm, równocześnie zmniejszyły się też wysadzenie oczu i drżenie rąk. Przemiana spoczynkowa spadła na + 41%, waga ciała wzrosła o 5½ kg, tętno waha się od 96—110 na minutę. Ciśnienie krwi 130/75 mm Hg. Biegunki, wypadanie włosów i brwi, uczucie bicia serca, szybkie męczenia się i poty ustąpiły. Objawy oczne utrzymują się jak przy pierwszem badaniu.

2) W. Z. lat 55, przybyła na klinikę 1. IX. 1930 r. L. dz. 584/30. Chora podaje, że od 6 miesięcy miewa stale uczucia bicia serca, niepokój, poty, drżenie kończyn, okresowo biegunki i zaparcia, brak łaknienia. Ponadto zauważyła powiększanie się w ciągu tego czasu gruczołu tarczowego, a otoczenie zwróciło chorej uwagę na zwiększanie się wysadzenia oczu, już przed chorobą obecną istniejącego. W ciągu ostatnich 3 miesięcy miała chora stracić 5 kg wagi ciała. Od 2 miesięcy nie może zajmować się gospodarstwem domowem z powodu szybkiego męczenia się i silnego osłabienia. Przed 15 laty z powodu tych samych dolegliwości przechodziła operację wycięcia gruczołu tarczowego. Po operacji do wystąpienia obecnych dolegliwości czuła się dobrze; przyczyny wystąpień obecnych dolegliwości nie podaje. Chora zamężna, 4 razy rodziła, obecnie od 7 lat nie miesiączkuje. Warunki życiowe ma dobre. Stan obecny: Odżywienie podupadłe; na skórze i powiekach znajdujemy zmiany barwikowe w postaci ciemniejszych plam; skóra wilgotna, ciepłota ciała 37.4° C, gruczoł tarczowy wyraźnie w całości powiększony, bardziej jednak płat prawy, wyraźne wysadzenie oczu, drżenie rąk, objaw Kochera, Möbiusa, Stellwaga słabo dodatnie. Przemiana spoczynkowa wzmożona o 64%, waga ciała 53½ kg, tętno 112 na minutę. Przed przybyciem na klinikę leczono chorą środkami uspakajającemi, które nie dały żadnego polepszenia. Po tygodniowym pobycie na klinice przystąpiono do leczenia krwią zwierząt. Chora otrzymała 5 wstrzyknięć krwi. Po każdem wstrzykiwaniu stwierdza się gorączkę do 38.3° C, utrzymującą się przez 12—24 godzin. W czasie pobytu na klinice wyraźnie poprawiło się łaknienie, chora przybrała w ciągu 6 tygodni 2 kg wagi ciała, przemiana spoczynkowa spadła na + 44%, tętno utrzymuje się na wysokości około 100 uderzeń na minutę. Podmiotowo chora czuje się wyraźnie lepiej, niepokój, uczucie bicia serca, poty i stany podgorączkowe ustąpiły, drżenie rąk i nóg znacznie się zmniejszyło. Przy badaniu chorej dnia 4. I., 10. II., 15. III., 10. IV. 1931 r. stwierdziliśmy stale poprawę tak w stanie podmiotowym, jak i przedmiotowym. Wreszcie ostatnie badanie, przeprowadzone dnia 10. V. 1931 r., stwierdza samopoczucie chorej bardzo dobre, do tego stopnia, że chora uważa się obecnie za zupełnie zdrową; objawy podmiotowe takie jak: niepokój, uczucie bicia serca, męczenie się, poty, zupełnie ustąpiły. Przedmiotowo: waga ciała wynosi 57.5 kg, przemiana spoczynkowa + 23%, tętno 100 na minutę.

3) R. G. lat 37, służąca, przybyła na klinikę dnia 9. V. 1930 r., L. dz. 319/30. Chora podaje, że od 3 lat miewa okresowo uczucie bicia serca, biegunki, poty, stany podgorączkowe, niepokój, bezsenność. Od 3 miesięcy wszystkie te dolegliwości bardzo silnie się wzmogły, a do nich dołączyły się jeszcze drżenia kończyn, wypadanie włosów, brak łaknienia, chudnięcie (w ciągu 3 miesięcy podaje spadek wagi ciała o 8 kg), wreszcie zauważyła chora powiększanie się szyi i wysadzenie gałek ocznych. Od 3 miesięcy chora nie pracuje. W ciągu całego czasu trwania tych dolegliwości, a zwłaszcza w ciągu ostatnich 3 miesięcy, leczono chorą bardzo energicznie różnemi przetworami farmakologicznemi w Kasie chorych. Tam też przed miesiącem miała ukończyć serję naświetlań rentgenologicznych. Chora podaje, że mimo tego leczenia i ścisłego przestrzegania wskazań lekarskich łącznie z 4 tygodniowem leżeniem w łóżku objawy chorobowe stale się nasilają. Badanie w klinice stwierdza dość duże wychudzenie, gruczoł tarczowy w całości równomiernie powiększony (obwód szyi 38.5 cm). Wybitne wysadzenie oczu, objaw Möbiusa, Stellwaga, Graefego, Kochera dodatnie, tętno 140 na minutę, niemiarowe, przemiana spoczynkowa wzmożona o 67%, waga ciała 44 kg. Skóra na całem ciele wilgotna, ciemniejsza, na głowie, brwiach i pod pachami uwłosienie małe, ciepłota ciała 37.4° C. Serce w całości, głównie jednak na lewo powiększone, nad wszystkiemi zastawkami słyszalne szmery czynnościowe. Ciśnienie tętnicze 145/60 mm Hg. Odruchy ścięgien i okostne wzmożone. Obraz morfologiczny krwi okazuje wyraźną limfocytozę 42% i monocytozę 9% przy ogólnej liczbie ciałek białych 8200 w 1 mm³. Poza tem we krwi większych odchyleń od stanu prawidłowego nie stwierdza się. W moczu niema zmian patologicznych. W klinice chora pozostaje przez 8 tygodni i w ciągu tego czasu otrzymuje 7 wstrzyknięć krwi zwierzęcej. Już po drugiem wstrzyknięciu wyraźnie poprawiło się łaknienie, poza tem ogólnie chora czuje się nieco spokojniejsza. Wagi przybyło 1½ kg. Przy wyjściu chorej z kliniki stwierdziliśmy wyraźną poprawę w samopoczuciu, znaczne zmniejszenie się pobudliwości nerwowej, zmniejszenie się drżenia kończyn i potów, ustąpienie stanów podgorączkowych i bezsenności. Przedmiotowo stwierdzamy przemianę spoczynkową wzmożoną o 52%, wagę ciała 47 kg, tętno 120 na minutę. Obraz krwi zmienił się o tyle, że przy wyjściu chorej z kliniki stwierdziliśmy 32% limfocy-

tów i 4% monocytów przy ogólnej liczbie ciałek białych 7800 w 1 mm³. Po wyjściu z kliniki chora zgłasza się co miesiąc do kontrolnego badania. Przy każdem następnem badaniu, na ogólną ilość 15 przeprowadzonych badań, stan chorej okazuje coraz większą poprawę. Ostatnie badanie, przeprowadzone dnia 5. XI. 1931 r., a więc w 16 miesięcy od początku leczenia, stwierdza wzmożenie przemiany spoczynkowej o + 32%; waga ciała 56.5 kg, tętno dochodzi najwyżej do 100 uderzeń na minutę. Obwód szyi 37 cm, znaczne zmniejszenie się blasku i wysadzenia gałek ocznych. Drżenia kończyn, biegunki, poty, wypadanie włosów, uczucie bicia serca zupełnie ustąpiły. Chora po wyjściu z kliniki tylko przez miesiąc nie pracowała. Obecnie przez cały czas jest w obowiązku.

4) K. S., lat 28, nauczycielka, zamężna, zgłasza się na klinikę dnia 13. X. 1930 r. L. dz. 643/30. Od dwóch lat chora skarży się na bezsenność, ogólny niepokój, poty, drżenie kończyn, uczucie bicia serca, szybkie męczenie się oraz okresowe biegunki i zaparcia. W ostatnich 5 miesiącach zauważyła powiększanie się zgrubienia szyi i wysadzenie gałek ocznych. Obecne dolegliwości w ciągu ostatnich 2 miesięcy wzmogły się do tego stopnia, że zmusiły chorą do przerwania nauczania w szkole powszechnej. Dotychczasowe leczenie: leżenie w łóżku, środki uspakajające, przez 2 ostatnie tygodnie jod w postaci płynu Lugola 2 razy dziennie po 5 kropel, nie daje żadnego polepszenia. Stan obecny: Wychudzenie miernego stopnia, waga ciała 50.2 kg, duże wysadzenie gałek ocznych, objawy Möbiusa, Stellwaga dodatnie. Przemiana podstawowa wzmożona o 60%, tętno niemiarowe, do 130 uderzeń na minutę. Gruczoł tarczowy niezbyt wielki, równomiernie powiększony. Obwód szyi 38 cm. Wymiary serca powiększone na lewo, tony serca wzmożone, poza niemi słychać nad wszystkiemi zastawkami szmery o charakterze czynnościowym. Ciśnienie tętnicze 150/70 mm Hg. Skóra na całem ciele i kończynach wilgotna, ciepłota 37.5° C, owłosienie na głowie, pod pachami i na brwiach słabsze. Bardzo silne drżenie kończyn i wzmożenie odruchów ścięgien i okostnych. W obrazie krwi limfocytów 38%, monocytów 8% przy 6800 ciałek białych w 1 mm³, poza tem niema nic charakterystycznego. Mocz bez zmian. W ciągu 2-miesięcznego pobytu na klinice chora otrzymuje 6 wstrzyknięć krwi zwierzęcej. W czasie leczenia na klinice, jak i przy wyjściu chorej z kliniki, stwierdza się tylko nieznaczną poprawę w stanie przedmiotowym chorej, mianowicie dnia 10. XII. 1930 r.: Waga ciała 52 kg, tętno około 110 na minutę, przemiana spoczynkowa wzmożona o 48%. W obrazie krwi zmniejszenie się limfocytów do 30% i monocytów do 3% na korzyść wielojądrzastych obojętnochłonnych przy niezmienionej ilości ogólnej ciałek białych. Podmiotowo chora czuje się teraz znacznie lepiej od czasu przybycia do kliniki, ustąpiły biegunki i stany podgorączkowe, znacznie zmniejszyły się poty, niepokój, bezsenność i drżenie rąk. Po opuszczeniu kliniki co 4—6 tygodni chora zgłasza się do badań kontrolnych, okazując stałe polepszanie się całego stanu, mimo że chora zajęta jest w szkole, jak przed chorobą. Badanie ostatnie z dnia 13. XI. 1931 r., przeprowadzone u chorej w 13 miesięcy od rozpoczęcia leczenia, stwierdza wzmożenie przemiany spoczynkowej o 28% (a więc spadek od początku leczenia o 32%), waga ciała wzrosła o 6.8 kg, (obecnie chora waży 57 kg), liczba tętna do 100 uderzeń na minutę, tętno zupełnie miarowe. Obwód szyi bez zmian. Wybitne zmniejszenie się wysadzenia gałek ocznych przy zachowanych objawach Möbiusa i Stellwaga. Poza tem stwierdzamy u chorej zupełne ustąpienie potów, drżenia rąk, wypadania włosów i biegunek. Samopoczucie i łaknienie chorej bardzo dobre tak, że chora może bez żadnego wysiłku uczyć w szkole powszechnej.

Ograniczamy się do podania tych 4 historyj chorób, jakkolwiek taką samą poprawę po tym sposobie leczenia uzyskaliśmy, jak to wynika z załączonej tablicy, w 70% tej grupy chorych. Z przytoczonych tu historyj chorób i z wyników uwidocznionych na tablicy możemy stwierdzić, że dodatnie działanie tego leczenia występuje dość późno, bo najwcześniej po 3 miesiącach, a często nawet jeszcze później. Wyniki, jakie otrzymaliśmy, musimy przypisywać tylko temu leczeniu, gdyż chorzy ci opuszczając klinikę wracali do zwykłych swoich zajęć, nie przeprowadzając żadnego innego leczenia. Ostatecznie w tej grupie chorych wyniki lecznicze przedstawiają się odsetkowo następująco: w 70% (L. 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9 i 10) przypadków uzyskaliśmy zapomocą wstrzykiwań krwi zwierząt wyraźną poprawę, nie osiągając jednak w żadnym przypadku spadku przemiany spoczynkowej do granic prawidłowych. U pozostałych 30% chorych z ciężkiemi objawami tyreotoksykozy, to leczenie nie wywarło żadnego wpływu na całość sprawy chorobowej, a jedynie tylko u 2 chorych (L. 5 i 11) mogliśmy stwierdzić nieznaczny przybytek wagi.

Dok. nast.

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. Wiktor FROMMER. Kraków.

Metoda rozwiązania gwałtownego.
(„Accouchement forcé").

(Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Tow. Lekarskiego w Krakowie 25 maja 1932 r.).

30 lat dobiega od czasu, kiedy na IV-tym międzynarodowym kongresie ginekologów w Rzymie w r. 1902 przedstawiłem, a następnie opisałem w „Przeglądzie Lekarskim" 1902 Nr. 46 i *„Zentralbl. f. Gynaek."* moje 8-o ramienne rozszerzadło, służące do szybkiego rozszerzenia kanału szyjki, względnie ujścia macicznego podczas porodu.

Już wówczas na wstępie zaznaczyłem, że różni się ono znacznie od przyrządu Bossi'ego, o którego istnieniu poprzednio nie wiedziałem, gdyż stał się on głośnym dopiero z opisu Leopolda w *Archiv f. Gynaekologie.*

30 lat — to długi okres czasu, zdawałoby się wystarczający do przyjęcia lub odrzucenia metody, która przez szereg lat zajmowała uwagę prawie wszystkich klinik położniczych i o której po dzień dzisiejszy istnieje już pokaźne piśmiennictwo; a jednak tak nie jest, — jak świadczy wymownie niedawno ogłoszona w Polskiej Gazecie Lek. Nr. 45. 1931 praca Z. Maurera p. t. „O szybkiem rozszerzaniu szyjki macicy metodą Bossi-Frommera w praktyce prywatnej".

Publikacja ta skłania i uprawnia mnie do dzisiejszego odczytu, tem bardziej, że opartą jest ona na znacznej ilości przypadków i dziesięcioletniem stosowaniu mego rozszerzadła, może w najtrudniejszych przypadkach porodowych.

Praca Maurera, wykazująca 68 przypadków, bez wszelkiego pęknięcia szyjki macicy i bez poważniejszego obrażenia części miękkich rodnych, stanowi jedną z najlepszych i znaczniejszych statystyk, jaka z jednego źródła była podaną.

Zachęca ona przeto, a nawet zmusza do rozważenia, czy metoda mechanicznego rozszerzenia szyjki macicy, — początkowo z entuzjazmem przyjęta, a potem przeważnie zarzucona — ma dzisiaj jeszcze rację bytu i czy nie należy jej zrewidować, względnie zrehabilitować, jak to nieraz miało miejsce z innemi metodami w naszej nauce.

Zanim tę sprawę omówię, pozwolę sobie przedstawić znane przeważnie, bo już w 1-szym wydaniu podręcznika położn. Bumma odźwierciedlone, moje 8-o ramienne rozszerzadło oraz drugi mało znany 16-o ramienny model do tego samego celu służący, którego działanie i zastosowanie praktyczne przedstawiłem na międzynarodowym zjeździe przyrodników w Wiedniu w 1913 r.

Jak widocznem jest — 8 ramion stalowych otwiera się zapomocą urządzenia śrubowego, opisując powierzchnię stożka ściętego, przyczem każdorazowe odchylenie ramion uwidocznione jest dokładnie na skali, na której wskazówka wykazuje niemal w milimetrach wszelkie zwiększenie średnicy koła podstawowego.

Celem dokładnego odkażenia przyrządu — wszystkie ramiona za pociśnięciem wyjmuje się i osadza z łatwością. Przy szyjce zaledwie otwartej można początkowo stosować mniejszą ilość sztab. Ponieważ rozwierające się ramiona opisują powierzchnię stożka ściętego, rozszerzadło naśladuje możliwie fizjologiczne rozszerzanie szyjki macicy.

Podczas gdy 4-o ramienny przyrząd Bossi'ego otwiera kanał szyjki, względnie ujście macicy w formie kwadratu lub czworoboku, w przedstawionym aparacie dzieje się to w postaci koła. Własność ta jest ważną ze względu, że opór tkanki rozkłada się równomiernie i jednostajnie na podwójną ilość punktów, leżących na obwodzie koła, przez co niebezpieczeństwo uszkodzenia szyjki jest zmniejszone.

Drugi mój przyrząd tutaj przedstawiony posiada 16 ramion. Budowa jego jest może bardziej precyzyjną niż poprzedniego, a opór tkanki rozdziela się na znaczniejszą ilość punktów, jednakowoż sztab nie wyjmuje się. Przyrząd ten znajduje zastosowanie przy ujściu rozwartem na wielkość wskazującego palca.

Technika stosowania aparatu jest prostą, wymaga jednak dużej cierpliwości i spokoju ze strony lekarza. I słusznie powiada Maurer, kto nie ma anielskiej cierpliwości powinien *a priori* odstąpić od zabiegu, bo może go spotkać zawód i przykra niespodzianka. Każde zniecierpliwienie, pociągające za sobą chęć gwałtownego pokonania oporu, może się zemścić i spowodować pęknięcie szyjki.

Dzięki sumiennemu przestrzeganiu tej ważnej strony technicznej miał Maurer w 68 swoich przypadkach 0% śmiertelności i 0% chorobliwości dla matki.

Rozszerzenie winno odbywać się możliwie w uśpieniu, o ile nie zachodzi przeciwwskazanie ze strony serca lub dróg oddechowych. Uśpienie jest w zabiegu wysoce pomocnem i osłabia znacznie opór i skurcz spastyczny zwłaszcza w okolicy ujścia wewnętrznego szyjki macicznej.

Po należytem odkażeniu i ustaleniu szyjki macicy zapomocą kulociągów wprowadza się przyrząd w stanie zamkniętym poza ujście wewnętrzne tak, aby obwód ujścia zewnętrznego opierał się na łukowatem zgięciu sztab.

O ile szyjka maciczna jest zupełnie zamknięta, należy ją poprzednio nieco rozszerzyć zapomocą dilatatorów Hegara, względnie zastosować początkowo tylko dwie lub trzy sztaby rozszerzadła po wyjęciu innych. Należycie wprowadzony aparat otwiera się, kręcąc powoli i stopniowo śrubą i kontrolując równocześnie zapomocą palca wskazującego lewej ręki napięcie tkanki. Przy znaczniejszym oporze należy w odpowiednich odstępach czasu sztaby nieco przymknąć i uczynić pewną przerwę, aby dać możność wypoczynku strudzonemu mięśniowi macicy i przyzwyczaić go do dalszego rozszerzania; również wskazanem jest co pewien czas obrócić cały przyrząd o nieznaczny kąt naokoło jego osi, aby nacisk ramion padł na inny odcinek tkanki.

Do zupełnego rozwarcia szyjki macicy wymaga się, wedle mego doświadczenia, 40—60 minut; czas ten jest krótki w stosunku do czasu potrzebnego dla zupełnego rozszerzenia zapomocą metreurvzy lub ciała płodowego.

Jako ogólne określenie wskazań do użycia metody rozwiązania gwałtownego (*„accouchement forcé“*) należy uważać ten niebezpieczny stan matki, w którym zachodzi bezwzględna potrzeba rychłego ukończenia porodu.

Najczęstszą przyczynę stanowią: drgawki porodowe, przedwczesne odklejenie łożyska, połączone ze znacznym krwotokiem wewnętrznym, ciężkie przypadłości ze strony serca, nerek i narządów oddechowych oraz stany podobne.

Przeciwwskazanem jest użycie rozszerzadła w zbliznowaceniach szyjki macicznej, powodujących niepodatność ściany szyjki, jak również w przypadkach o znacznej kruchości mięśnia szyjki macicy, występującej przy przewlekłych porodach, w których długotrwały ucisk przodującej główki wywołuje upośledzenie krążenia w dolnym odcinku macicy z następowym obrzękiem warg ujścia macicznego.

W ogólności tylko prawidłowa struktura mięśnia szyjki rokuje prawidłowe rozszerzenie bez obrażeń. W tym kierunku zwracano zbyt mało uwagi i nie uwzględniano istniejącej już predyspozycji do pęknięcia szyjki lub ujścia macicznego; dziwić się dlatego nie należy, że w tych przypadkach występowały większe lub mniejsze obrażenia, które zdyskredytowały metodę.

Ileż jednak razy, już przy zakładaniu kleszczy Kielanda, zwłaszcza przy obrocie przedniej łyżki, zdarzały się pęknięcia macicy i niebezpieczne obrażenia, a mimo to umiejętne i na ścisłem wskazaniu oparte stosowanie kleszczy Kielanda oddaje w odpowiednich przypadkach najlepsze usługi i nikt nie myśli o wyrugowaniu ich z instrumentarjum położniczego; lub też ilekrotnie kleszczyki Wintera przebiły macicę i wydobywały sieć lub jelito, zamiast części płodowych, — a przecież są one w częstem użyciu.

I po wprowadzeniu kleszczy Kielanda i kleszczyków Wintera podnosiły się niejednokrotnie głosy fachowców, domagające się na podstawie złych wyników, usunięcia ich z praktycznego zastosowania. Podobnie dzieje się z metodą mechanicznego rozszerzania kanału szyjki macicy.

Od wieków jednak odczuwano potrzebę stworzenia przyrządu, umożliwiającego szybkie ukończenie porodu. Dowodzi tego model 4-o ramiennego rozszerzadła śrubowego, znajdującego się w muzeum Hunterowskiem w Londynie, a pochodzącego z wykopalisk Herkulanum i Pompei; również Siebold wspomina w swej monografji historycznej o rozszerzadłach z czasów Tertuljana, Pawła z Aeginy, Osiandra i t. d.

Potrzeba jest matką wynalazków. Czy jednak zachodzi istotnie potrzeba istnienia przyrządu, umożliwiającego, zwłaszcza w praktyce prywatnej, szybkie ukończenie porodu?

Metody krwawe, jak cięcie cesarskie pochwowe Dührssena, głębokie nacięcia i cięcie cesarskie brzuszne stanowią niewątpliwie znakomite sposoby rozwiązujące, któremi jednak posługiwać się można tylko w klinikach lub należycie urządzonych zakładach, a stosowanie ich w domu prywatnym jest niemal wykluczone.

W zupełnie odmiennych warunkach od ginekologa, posiadającego dobrze urządzoną salę operacyjną, pracuje lekarz praktyk, zwłaszcza na prowincji i po wsiach. Nieporównanie trudniejsze zadanie spoczywa na czynności położnika praktyka. Mimo najlepszej chęci nie jest on często w możności odesłać rodzącej do kliniki lub odległego szpitala zarówno ze względów transportowych jako też oporu ze strony rodzącej, wzbraniającej się przed zabiegiem krwawym.

Z pośród metod bezkrwawych t. j. stosowania balonu, rozszerzenia zapomocą pośladków płodu lub ręcznego Bonaire'a — żadna nie przedstawia większej praktycznej wartości, o ile zachodzi potrzeba energicznego postępowania i szybkiego ukończenia porodu.

Zmuszony wielokrotnie — podczas wojny po wsiach i dalekich zaułkach — ukończyć poród z powodu życiowego wskazania zapomocą swego rozszerzadła i porównując sposoby rozwiązania w klinice z metodami, stojącemi do dyspozycji praktykowi, zdanemu jedynie na własną czynność, mogłem należycie ocenić trudne stanowisko lekarza praktycznego, który częstokroć wśród najniedogodniejszych warunków musi *a priori* zrezygnować z wielu metod, oddających doskonałe usługi klinicyście.

Dla tego to lekarza praktyka w szczególności — rozszerzadło winno stanowić cenny instrument, umożliwiający mu w każdej chwili rychłe rozwiązanie matki, w razie grożącego jej niebezpieczeństwa.

Czy jednak zastosowanie rozszerzadła naraża rodzącą na niebezpieczne pęknięcie szyjki macicy, sięgające niekiedy do sklepienia pochwowego, a nawet do otrzewnej i przymacicza, jak rozmaici autorowie podnosili, — należy się zastanowić, tem bardziej, że ostatnio opisane, znakomite wyniki Maurera w 68 ciężkich przypadkach, stanowią klasyczny dowód słuszności twierdzenia: *si duo faciunt idem — non est idem.*

Nie zamierzam tutaj omawiać dosyć licznych własnych przypadków, ani też opisanych w piśmiennictwie, których liczba przekracza 1500, gdyż wychodziłoby to znacznie poza ramy dzisiejszego odczytu, pragnę tylko zwrócić uwagę na niektóre charakterystyczne zestawienia statystyczne, rzucające światło na całokształt obchodzącej nas dzisiaj kwestji.

B o s s i jest najgorętszym propagatorem swojej metody. Opiera się on na 480 przypadkach, w których rozwiązanie wypadło zbawiennie dla 454 matek i 420 dzieci.

W swojej polemice z Dührssenem domaga się on na podstawie 107 swoich przypadków, aby cięcie cesarskie pochwowe, jako też głębokie nacięcia ujścia wyrugowano zupełnie, jako metody rozwiązujące ze względu na dobro matek i na zasadę chirurgji, która nie polega na zniszczeniu tkanek, lecz na utrzymaniu narządów i ich czynności.

Z tem daleko idącem zapatrywaniem Bossi'ego i jego optymistycznem propagowaniem metody *„accouchement forcé“* — trudno jest całkowicie się pogodzić; w przypadkach o znacznym obrzęku ujścia i kruchości ścian nacięcia są właściwą metodą, a stosowanie rozszerzadła wywołałoby niezawodne daleko idące obrażenia, jak to miałem sposobność w swojej pracy w *„Ztbl. f. Gynaek. Bemerkungen zur mechanischen Collumerweiterung“* wskazać.

Uzasadnioną i niewątpliwie słuszną jest teza B a r d e l e b e n a, wyrażona w jego pracy w *Archiv f. Gynaek.*, iż należy rozszerzać przy istniejącej rozszerzalności szyjki, a ciąć przy jej niepodatności.

H a m m e r s c h l a g, opierając się na 17 przypadkach własnych i 62 obcych, dochodzi do wniosku, że nie metodę należy zarzucić, lecz wystrzegać się i unikać obrażeń.

Th. W y d e r twierdzi, na zasadzie swoich 20 przypadków z kliniki zurychskiej, że życzenie Dührssena, aby rozszerzadło wyeliminowano z instrumentarjum położniczego, nie jest niczem usprawiedliwione, albowiem ze względu na jego zbawienne działanie w odpowiednich przypadkach, w których zachodzi nagłe wskazanie ukończenia porodu, winno ono odegrać ważną rolę.

A. C z y ż e w i c z, opierając się na dużej statystyce z piśmiennictwa, wynoszącej 1348 względnie 1308 przypadków oraz na doświadczeniu z 36 przypadków własnych, zaleca gorąco na XI. Zjeździe Lekarzy i Przyrodników polskich w Krakowie metodę rozwiązania gwałtownego.

Statystyka Czyżewicza zasługuje ze względu na pokaźną liczbę zebranych przypadków na szczególne zainteresowanie. Wykazuje ona 145 przypadków t. j. 11.09% śmiertelności matki, z czego tylko 4 przypadki t. j. 0.30% należało przypisać postępowaniu rozwiązującemu. Odsetek ten jest tak małym, że prawie nie wchodzi w rachubę. Odnośnie płodu zebrano 986 przypadków, z czego urodziło się żywych 600 czyli 60.86%; martwych przed porodem lub niezdolnych do życia było 177 t. j. 17.94%. Na karb więc metody przypada w najgorszym razie 21.20%.

Bardzo pouczającem jest zestawienie porównawcze Czyżewicza odnośnie do obrażeń i pęknięć, powstałych przy rozszerzeniu mechanicznem w porównaniu z obrażeniami szyjki, zadanemi przy porodach normalnych i operacyjnych t. j. zakończonych zwykłemi zabiegami, jak kleszczami, obrocie i t. p., które zestawił Bardeleben.

Zestawienie Czyżewicza odnosi się do 725 przypadków i jest dla oceny częstości pęknięć bardzo charakterystyczne, dlatego pozwalam sobie z niego tutaj skorzystać.

Wyniki w odsetkach są następujące:

	Czyżewicz				Bardeleben	
	Pierwiastki		Wieloródki			
	szyjka utrzymana	szyjka zanikła	szyjka utrzymana	szyjka zanikła	Poród prawidłowy	Poród operacyjny (kleszcze obrót etc.)
Bez pęknięć	73.33	80.1	82.36	82.5	83.8	43.24
Wręby	11.52	13.1	5.38	9.38	11.2	18.92
Głębokie pęknięcia	15.15	6.8	11.70	8.12	5.0	37.82

Przedstawiona tabela stwierdza, że przy mechanicznem rozwiązaniu wyniki co do głębokich pęknięć, o które wyłącznie chodzi, są przy szyjce zanikłej tylko nieznacznie gorsze od tychże przy porodach nieoperacyjnych; przy utrzymanej zaś szyjce są one bezporównania lepsze od wyników przy porodach operacyjnych zapomocą kleszczy, obrotu i t. d. Widocznem jest zatem, że głoszona obawa pęknięć przy stosowaniu metody *„accouchement forcé"* jest w wysokim stopniu przesadną.

G. Winter, na podstawie 30 przypadków własnych i 245 zebranych z piśmiennictwa, wypowiada się na XVI-ym międzynarodowym kongresie ginekologów w Budapeszcie ujemnie o metodzie mechanicznej i przyczynia się w znacznej mierze do jej zarzucenia.

Jako dodatnią stronę podnosi Winter, prawie nie istniejące niebezpieczeństwo zakażenia zapomocą rozszerzadła, albowiem w swoich 30 przypadkach miał on 0% śmiertelności a w 245 przypadkach zaszedł tylko 1 wypadek śmierci wskutek zakażenia — w przeciwieństwie do stosowania ręcznego rozszerzania Bonaire'owskiego lub metreuryzy, która przedstawia 10—12% chorobliwości w porodach bezgorączkowych, a 47.7% w porodach gorączkowych.

Również podnosi Winter dużą sprawność rozszerzadła, które w czasie od 20—30 minut było prawie zawsze w stanie nawet zupełnie zamkniętą szyjkę maciczną całkowicie otworzyć. Niechaj mi będzie wolno tutaj zaznaczyć, że błędem jest technicznym w tak krótkim czasie uzyskać zupełne rozwarcie szyjki; wedle mojego doświadczenia średni okres rozszerzania winien trwać 40—60 minut. Maurer oznacza w swoich przypadkach 1/2 — 1 godziny jako średni czas.

Jest to może jeden z powodów, że statystyka Wintera odnośnie pęknięć szyjki macicy, sięgających do otrzewnej a nawet przymacicza, wypadła niekorzystnie, a mianowicie na 30 przypadków własnych miał on 6 pęknięć, a na 245 zebranych z piśmiennictwa, było ich 25.

Wszystkie wymienione pęknięcia głębokie wystąpiły przy utrzymanej szyjce macicy, podczas gdy przy szyjce zanikłej nie było żadnego pęknięcia.

Ujemny sąd i niekorzystna krytyka nestora klinicystów niemieckich o metodzie mechanicznego rozszerzania przyczyniła się głównie, obok innych głosów, do prawie zupełnego jej zarzucenia.

Po dłuższym okresie zastoju — pojawiła się obecnie na wstępie wymieniona praca Maurera. Znakomite wyniki Maurera we wszystkich przypadkach winny zastanowić każdego, dlaczego u jednych operatorów występują całe serje przypadków o dodatnich wynikach, a u drugich pojawiają się zbyt liczne i daleko sięgające pęknięcia, które zdyskredytowały metodę. Wszak tak poważna liczba, 68 przypadków, bez wszelkich obrażeń, nie może być przypadkową i świadczy, że wina ujemnych wyników nie leży przeważnie w metodzie, lecz polega na innych czynnikach.

Przyczyny obrażeń uwydatniają się dzisiaj, mojem zdaniem coraz wyraźniej i plastyczniej, a mianowicie:

Pierwszą przyczyną jest sam operator. Kto nie przyswoił sobie techniki i nie przestrzega z całą dokładnością podanych szczegółów i chce gwałtem pokonać opór tkanek, kręcąc jedynie śrubą *non arte sed vi*, ten rzadko będzie miał dobre wyniki i winę uszkodzenia sobie przypisać musi.

Drugą przyczyną jest brak należytego kryterjum w ocenie własności utkania dolnego odcinka macicy. Jak poprzednio nadmieniłem — tylko normalne utkanie mięśnia szyjki macicy rokuje prawidłowe rozszerzenie bez obrażeń; natomiast blizny, wywołujące niepodatność tkanki, jak również znaczna niedokrewność oraz obrzęk warg ujścia, świadczące o kruchości ściany, stanowią poważną przestrogę do *noli me tangere*.

Jako dalszą przyczynę należy wymienić — niedostateczne uwzględnienie czasu potrzebnego do rozwarcia szyjki macicznej; 20 — 30 minut jest stanowczo za krótkim czasokresem. Wykazuje on niewłaściwy pośpiech w rozwiązaniu, nie dający możności wypoczynku strudzonemu mięśniowi, ani też nie uwzględniający potrzeby przyzwyczajenia go do dalszej rozszerzalności, jak poprzednio zaznaczono.

Po uwzględnieniu tych trzech najważniejszych przyczyn, do czego niezbędne jest doświadczenie położnicze, wyniki niezawodnie będą lepsze.

Jak każde dzieło ludzkie — nie jest doskonałem, tak też zarówno metoda jak i aparat mają swoje braki i ułomności, które wydają się jednak małemi w stosunku do wyników, jakie osiągnąć można przy użyciu opisanego przyrządu w tych ciężkich i nagłych przypadkach, w których śmierć bezpośrednio zagraża życiu matki.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. M. ŁĄCKI. Warszawa.

Sprawa epidemjologii i profilaktyki błonicy w świetle badań lat ostatnich.

Z Wydziału Zdrowia Magistratu m. st. Warszawy.

Dokończenie.

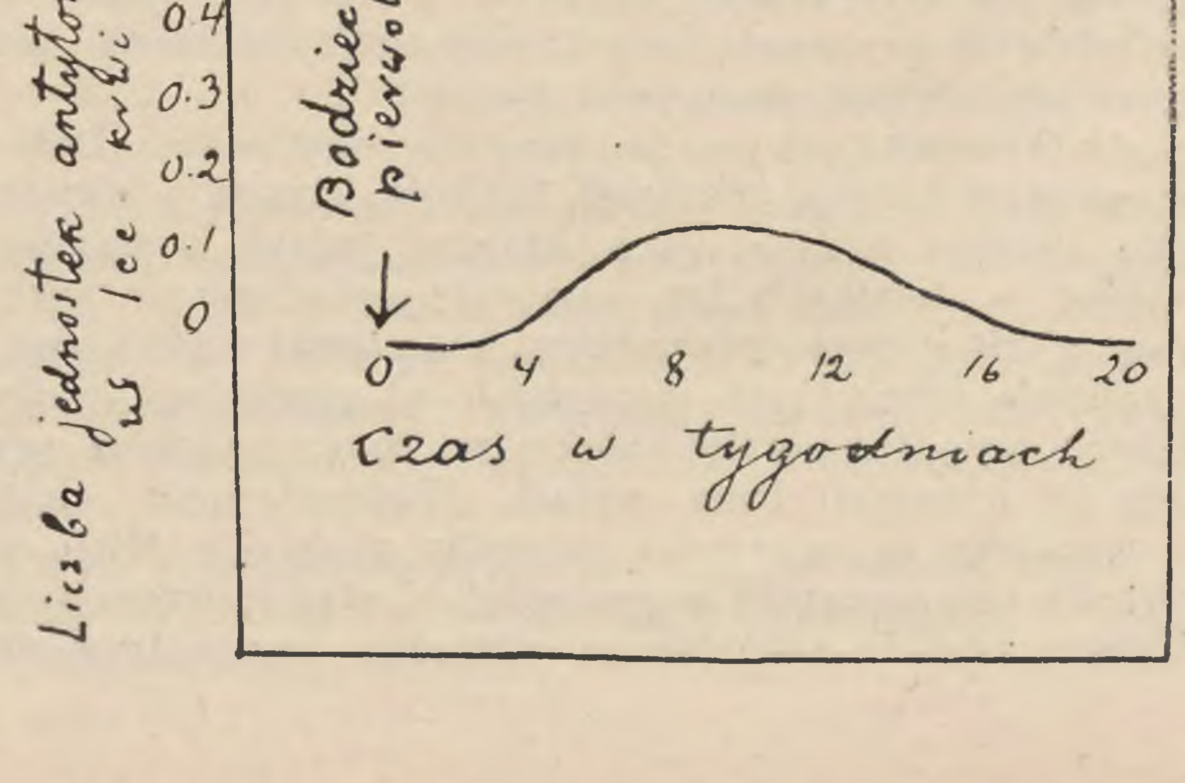
Babes pierwszy w 1895 roku uodparniał świnki morskie mieszanką T.-A. (Toksyna-Antytoksyna). Park w New-York w 1896 r. też zaczął używać do produkcji antytoksyny u koni mieszanek nadneutralizowanych.

W 1902 r. Dzierzgowski zastrzyknął sobie toksynę błoniczą (pierwsze doświadczenie na ludziach) i dowiódł tworzenia się antytoksyny w organizmie ludzkim, a następnie opracował sposób szczepienia przez nos (zakładając do nosa tampony z toksyną). Behring w 1913 r. pierwszy wykonał szczepienie na ludziach, w 1914 r. Hahn i Summer uodpornili w 6-ciu wioskach pod Magdeburgiem 1097 dzieci. Wojna postawiła tamę dalszemu rozwojowi szczepień ochronnych w Europie, natomiast w Ameryce Park rozpoczął szczepienie na wielką skalę.

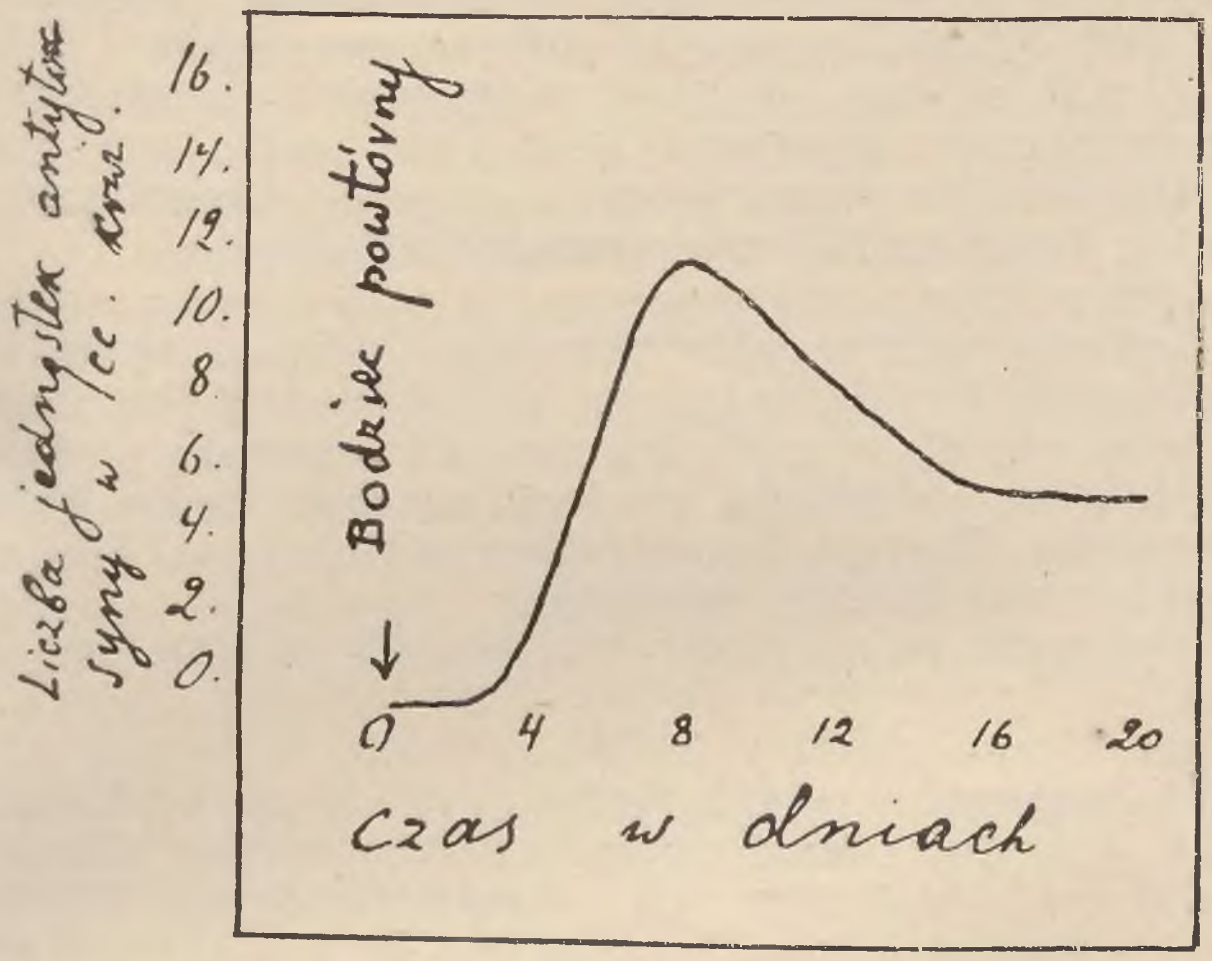
W Ameryce używano do zastrzyknięć mieszanki T-A: 2—3 L +, ostatnio zaś tylko 1/10 L +. Zbyt małe dawki zostają bez wpływu i nawet po kilkudziesięciu zastrzykach nie obserwuje się tworzenia się antytoksyny. Ważnem jest także, by antygen jak najdłużej zostawał w organizmie i pobudzał go do wytwarzania antytoksyny. W Ameryce zwykle stosuje się 3 zastrzyknięcia. Ostatnio w Ameryce również zaczęto stosować anatoksynę (toksoid).

* * *

Jak szybko wytwarza się antytoksyna we krwi? Należy odrazu zaznaczyć, że istnieją tu bardzo szerokie wahania. Jedni uodporniają się już po pierwszem zastrzyknięciu, inni są wrażliwi nawet po 3-ch zastrzyknięciach. Czem to wytłumaczyć? Tłumaczą nam to obserwacje Glenny. Glenny obserwował, że u konia, otrzymującego pierwsze zastrzyknięcie toksyny błoniczej (w celu otrzymania antytoksyny leczniczej) proces tworzenia się antytoksyny odbywa się niezmiernie wolno. Pomiędzy pierwszem zastrzyknięciem a momentem tworzenia się antytoksyny (możemy wykazać to sposobem Romera lub Kelloga) upływa 20—22 dni; następnie przeciwciała tworzą się w bardzo małej ilości, rzadko dochodząc 0,1—0,2 jednostek ant. we krwi w 1 cm³. Po pewnym czasie antytoksyna zupełnie znika ze krwi. Graficznie przedstawia się to w sposób nast.:



Zobaczmy teraz, jak reaguje koń na powtórne zastrzyknięcia:



Tworzenie się antytoksyny zaczyna się tu po 2—3-ch dniach i szybko sięga 6—8 jednostek w 1 cm³. „Ukryty" więc okres jest tu bardzo krótki.

Doświadczenia te tłumaczą nam, dlaczego jedne dzieci uodparniają się szybko, inne zaś nader powolnie. G l e n n y opracował następujący schemat:

Grupa	1.	2.	3.	4.	5.
Odczyn Schick'a	Ujemny	Dodatni	Dodatni	Dodatni	Dodatni
Antytok. we krwi	Ponad 1/30 jednostek w 1 cm³	Poniżej 1/30 jednostek w 1 cm³	Brak antytok.	Brak antytok.	Brak antytok.
Poprzednie bodźce	Wielokrotne	Wielokrotne	Wielokrotne	Rzadkie	Żadnych
Reakcja na zakażenie	Wtórna	Wtórna	Wtórna	Średnia	Pierwotna
Reakcja po szczepieniu (tworzenie się antytok.)	—	Szybka	Szybka	Wolna	B. wolna
Opis	Schick ujemny, odporny	Prawie odporny	Potencjalnie odporny	»*Subimmun*«	Absolutnie wrażliwy

Otóż z tablicy tej widzimy, że 2-ga grupa jest już prawie odporna i nieznaczny tylko bodziec wystarcza, by zrobić ją zupełnie odporną (Schick ujemną).

Grupy zaś 3-cia i 4-ta wytwarzają antytoksynę znacznie wolniej — tu potrzeba najmniej 2-ch lub 3-ch zastrzyknięć dla uodpornienia.

Ostatnia grupa jest najtrudniejsza do uodpornienia; tu może się zdarzyć, że i trzy zastrzyknięcia nie wystarczą: obserwuje się to szczególnie u młodych osobników.

„Poprzednie bodźce" — są to poprzednio notowane mniej lub więcej lekkie zapalenia gardła (błonicze) a również i nosicielstwo.

U dzieci po szczepieniu ich mieszankami T.-A. dopiero po upływie 4—5-ciu miesięcy zawartość antytoksyny we krwi sięgała 1/30 w 1 cm³.

Dlatego też P a r k i Z i n g h e r radzą robić kontrolny odczyn Schick'a u szczepionych dopiero aż w rok po ostatniem szczepieniu. Obserwacje P a r k'a co do szybkości tworzenia się antytoksyny są następujące:

W 3 tygodnie po 3-ciem zastrzyknięciu uodporniło się już około 30—40% szczepionych.

W 4 tygodnie po 3-ciem zastrzyknięciu uodporniło się już około 50% szczepionych.

W 6 tygodni po 3-ciem zastrzyknięciu uodporniło się już około 70% szczepionych.

W 12 tygodni po 3-ciem zastrzyknięciu uodporniło się już około 85% szczepionych.

W 16 tygodni po 3-ciem zastrzyknięciu uodporniło się już około 90% szczepionych.

Badania nad anatoksyną wykazały, że uodpornienie w wypadkach szczepienia anatoksyną następuje szybciej: zwykle po 3-ch miesiącach (po 3-iem zastrzyknięciu) około 90—95% osób jest uodpornionych. Wiek odgrywa tu bardzo ważną rolę: starsi uodparniają się szybciej, niż młodsi.

C o o p e r s t o c k obserwował szybkość tworzenia się antytoksyny u 65 osób, szczepionych 3-krotnie:

po 3 tygodniach odpornych było osób	29	58%
„ 9 „ „ „ „	35	79,5%
„ 16 „ „ „ „	60	92%

* * *

Reakcje po zastrzyknięciach. Po zastrzyknięciach toksoidu lub T.-A. powstają reakcje ogólne lub miejscowe. Reakcje te są tem słabsze, im dziecko jest młodsze. Dlaczego?

Tłumaczy się to składem toksyny:

Toksyna	99% nieswoistych substancyj	Substancje antygenowe	Związane z tworzeniem się odporności
		Rozkład ciał bakteryjnych	Silne reakcje (u pewnych osób)
		Ogólne składniki bulionu	Słabe reakcje
	1% swoistych substancyj	Toksyna może być zamieniona w anatoksynę (toksoid)	Antygen wiąże antytoksynę. Powoduje obrzęki i śmierć.
		Toksoid	Antygen. Wiąże antytoksynę; nie powoduje śmierci (nawet w większych dawkach)

Otóż u osób starszych, które się już zetknęły z maczugowcem błoniczym i są już „uczulone", zastrzyknięcie T.-A. lub toksoidu, jako zawierające produkty rozpadu ciał bakteryjnych, wywołuje mniej lub więcej silną reakcję (zależnie od uczulenia).

Według R a m o n'a obserwujemy u szczepionych:

5% silne reakcje
10% średnie reakcje
20% słabe reakcje
reszta bez reakcyj.

W e i n f e l d i C o o p e r s t o c k na 205 osobach skonstatowali, że reagowało tylko 51 (25%).

Stopień reakcji	Liczba osób	Odsetek	Odsetek do całej liczby szczepionych
Miejscowe +	3	5,8%	1,5%
Miejscowe ++	12	23,5%	5,8%
Miejscowe +++	7	13,7%	3,4%
Ogólna	7	13,7%	3,4%
Miejscowe i ogólna	15	29,4%	7,3%
Bez oznaczenia stopnia	7	13,7%	3,4%

Bardzo dobrze i dokładnie opisane są obserwacje 686 szczepionych osób przez G ł o w a c k ą (osoby szczepione przez nią były niesłychanie wrażliwe). Skonstatowała ona, że:

a) po pierwszem szczepieniu odczynów ogólnych było 8,3%, miejscowych 37,5%,

b) po drugiem szczepieniu odczynów ogólnych było 9,0%, miejscowych 40,0%,

c) po trzeciem szczepieniu odczynów ogólnych było 5,0%, miejscowych 40,0%.

Wogóle dzieci poniżej 5-ciu lat znoszą szczepienie b. dobrze; od 5-ciu do 7-miu lat dają wyższy odsetek większych odczynów, a starsi — jeszcze wyższy. Czasami po zastrzyknięciach anatoksyny obserwuje się wysypkę. Po 1-m szczepieniu G ł o w a c k a obserwowała 4 razy na 682 przypadków; po drugiem szczepieniu — 13 razy; po trzeciem — wysypki nie obserwowano.

Widzimy, że zabieg ten jest zupełnie nieszkodliwy. G ł o w a c k a dokonywała szczepień b. ostrożnie, nawet u dzieci z przewlekłem zapaleniem miedniczek nerkowych, zmniejszając dawki i kontrolując stan chorego. Szczepienia te nie wywołały pogorszenia stanu choroby.

Rozumie się samo przez się, że nie należy szczepić dzieci chorych (gruźlica, wady serca i t. d.).

R a m o n podaje, że w szpitalu dla dzieci gruźliczych „Berck" dokonano około 12.000 szczepień. Ciężkich odczynów i komplikacyj w ciągu tego czasu nie obserwowano. Szczepień zaś przeciwdurowych w tem sanatorjum musiano zaniechać ze względu na ciężkie odczyny.

* * *

Jaki jest odsetek odpornych po trzech szczepieniach?

Mamy następującą tablicę, przedstawiającą rezultaty szczepienia anatoksyną:

Nazwisko autora	Liczba zastrzyknięć	Dawka anatoksyny	Odsetek odpornych
Maleney i Fraser	2	0,5	70%
Defries	2	0,5	70—80%
Zingher	3	0,5	90%
Zingher	2 i 1	a) 0,5 i b) 1,0	a) 86% b) 60%
Weinfeld i Cooper-stock	2	1,0	92%
Ray i Harrison	2	1,0	98%

Szczepienia mieszanką Toks.-Ant. nie dają tak dużego odsetka uodpornionych.

Według Ramona i Beckel'a odsetek uodpornionych anatoksyną sięga 100% (po 3-ch szczepieniach).

Według Sparrow i Kaczyńskiego:

po 1-em zastrzyknięciu uodparnia się	48,45%
po 2-ch zastrzyknięciach uodparnia się	79,9%
po 3-ch zastrzyknięciach uodparnia się	93,3%

U Głowackiej odsetek uodpornionych był znacznie niższy, co tłumaczy się tem, że miała ona do czynienia z bardzo wrażliwemi osobnikami (4-ta i 5-ta grupa według Glenny).

* * *

Teoretycznie przyjmujemy, że osoby o ujemnym odczynie Schicka nie zapadają na błonicę. Niestety, w życiu tak nie jest i znane są przypadki błonicy u szczepionych, kończące się nawet śmiercią. Friedberger podaje 2 przypadki błonicy, gdzie krew zawierała antytoksynę w ilości 1 jednostki w 1 cm³. Jakże wytłumaczyć podobne fakty?

1) Absolutnej odporności w przyrodzie nie znamy. Zawsze, o ile dawka zarazka będzie dużą a szczep zjadliwy — może to przełamać barjerę odporności i opanować organizm. Jeż np. będąc bardzo odpornym na jad żmij, ginie jednak od b. wysokich dawek, szczególnie gdy zastrzykuje się mieszankę jadów.

2) Stan odporności osobnika nie jest niezmienny i stały, lecz może podnosić się i obniżać w zależności od szeregu czynników, np. zaziębienie, wyczerpanie. Ciekawe są spostrzeżenia zrobione na żołnierzach. Grupa żołnierzy — Schick — ujemna — po wyczerpującym marszu zamieniła się na Schick — dodatnią. Dopiero po kilku dniach odpoczynku grupa ta znowu okazała się Schick — ujemną. Zmęczenie więc było tu czynnikiem zmniejszającym odporność.

3) Należy omówić sam odczyn Schick'a. Przyjmujemy, że ujemny odczyn Schick'a występuje zawsze u osób, mających najmniej 1/30 J. A. w 1 cm³ krwi. Ta ilość antytoksyny uważana jest za dostateczną, by zapobiec zapadnięciu na błonicę.

Do odczynu Schick'a używa się 1/50 dawki toksyny, zabijającej świnkę morską wagi 250—300 g w 4 dni. Co się tyczy toksyny, to na podstawie badań Schmidt'a okazało się, że różne toksyny mają niejednakowe zdolności do wiązania antytoksyny (t. j. jednostka jednej toksyny zobojętnia więcej, jednostka drugiej — mniej antytoksyny). Obecnie w Anglji, Danji, Italji, Austrji i t. d. wymagane jest nietylko miareczkowanie własności toksycznych, lecz i własności wiążących toksyny. W doświadczeniu np. Jensena jedna toksyna w dawce używanej do odczynu Schick'a wiązała 1/1000 J. A., a druga aż 1/300 J. A. Jensen skonstatował, że w 2-ch przypadkach osobnicy Schick — ujemni z jedną toksyną, byli Schick — dodatni z drugą. Oprócz tego w 6-ciu przypadkach byli słabo dodatni na pierwszą toksynę i wybitnie dodatni na drugą.

Dlatego też porównywać dane, dotyczące odporności, zebrane przez rozmaitych autorów jest niesłychanie trudno, gdyż toksyna użyta nie była badana na jej własności wiążące — skutkiem czego otrzymane odczyny mogą ulec wielkim wahaniom *„in plus"* i *„in minus"*, i jest rzeczą niemożliwą obecnie wyrobić sobie pojęcie o istotnej odporności środowiska.

Oprócz tego badania Jensena, mające na celu ustalenie stosunku pomiędzy odczynem Schick'a a zawartością antytoksyny we krwi, wykazały, że odczyn Schick'a ujemny występuje i u osób nie mających we krwi więcej niż 0.003 J. A. w 1 cm³, a nawet mniej. Ciekawe są przypadki, gdzie przy 0.002 J. A. w 1 cm³ odczyn Schick'a był ujemny, a przy 0.003 dodatni.

Należy dodać, że Groer i Kassowitz w 1915 r. pierwsi wykazali, że odczyn Schick'a był ujemny przy 0.01 J. A. (u 3-ch osób) i nawet przy 0.004 J. A. (u 2-ch osób).

Schick, Groer, Kassowitz (1923) przyjmują, że 0.005 J. A. w 1 cm³ jest wystarczające dla ujemnego odczynu.

Jeśli więc przyjmiemy 0.03 J. A. jako minimalną ilość antytoksyny zdolną zabezpieczyć przed błonicą — to widzimy, że duży odsetek osób Schick — ujemnych ilości tej nie posiada.

Stąd brak istotnej odporności u Schick — ujemnych. Stąd też miareczkowania odporności środowiska tylko przy pomocy odczynu Schick'a nie można w stanie obecnym uważać za wystarczające, za dające realny obraz odporności środowiska.

4) Przypomnijmy przypuszczenie, że paciorkowiec może podnieść zjadliwość maczugowca błoniczego. Otóż w przypadkach, podanych przez Friedbergera, a o których Bela Schick mówi, że są one dla niego biologicznie niezrozumiałe, niewiadomo czy to była czysta błonica, czy też zapalenie gardła błoniczo-paciorkowcowe. Wysoka zawartość antytoksyny we krwi przemawiałyby raczej za tłem mieszanem.

5) Przypadki te są jednak nieczęste. W Berlinie np. obserwowano:

Średnia zapadalność w mieście była		7,5 na 1000
„ „	pośród szczep. jednokrotnie była	4,7 na 1000
„ „	„ „ dwukrotnie była	2,7 na 1000

Ale Seligman dodaje, że błonica była obserwowana przeważnie pomiędzy świeżo szczepionymi, gdy jeszcze nie rozwinął się dostateczny stopień odporności. Jeszcze rzadziej spotyka się błonicę pomiędzy szczepionymi trzykrotnie.

Debré, Ramon i Thiloreux (Annal. de Médec. Nr. 5. 1931) w 6-ciu przypadkach błonicy u szczepionych — w żadnym przypadku nie wykryli więcej antytoksyny niż 1/50 Ant. w 1 cm³. To samo zaobserwowane było i przez innych badaczy.

6) Nie są też wyłączone błędy w odczytywaniu reakcji Schick'a i zaliczanie do grupy ujemnych osobników wrażliwych. Bywają wypadki spóźnionego występowania odczynu Schick'a: dopiero na 4-ty dzień.

7) Doniesienia o przypadkach błonicy pośród szczepionych (w tem kończących się śmiercią) pochodzą przeważnie z Ameryki lub Niemiec, gdzie szczepi się przeważnie mieszanką T.-A., która rzeczywiście nie daje tak wysokiego odsetka uodpornionych, jak toksoid.

Wyniki akcji przeciwbłoniczej są b. dobre, w niektórych miejscowościach wprost nadzwyczajne. W wypadkach, gdy zaszczepiono około 70% dzieci, błonica praktycznie biorąc ginie.

Np. w Syracuse (St. Zjed.) zaszczepiono około 70% wszystkich dzieci. W rezultacie:

	Rok											
	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929
Przyp. zachor.	267	294	456	1080	968	497	368	132	109	68	75	30
Śmierci	22	24	30	77	52	29	17	5	3	3	4	4

Szczepienie rozpoczęto w 1923 roku.

Hamilton (Ontario). Ludności około 100.000. Szczepienia rozpoczęto we wrześniu 1926 r. Zaszczepiono około 23.000 dzieci. Zapadalność na błonicę przed szczepieniem była: 200 na 100.000. Po szczepieniu:

w 1925	232	chorych
„ 1926	121	„
„ 1927	11	„
„ 1928	12	„

Philadelphia. Zaszczepiono około 364.000 dzieci. Zapadalność na 100.000:

Od 1910—1914	24,6
„ 1915—1919	22,7
„ 1920—1924	16,7
„ 1925—1929	11,1
W 1928	9,1
„ 1929	4,2

W Auburn-city Dr. Sears zaszczepił wszystkie dzieci (około 6000). W rezultacie w ciągu lat 1928, 1929 i 1930 nie było ani jednego przypadku błonicy.

Detroit: w 1925—1929 średnia zapadalność na 100.000 była 19,7, a w 1930 r. po szczególnie intensywnej akcji szczepiennej spadła do 11,0 na 100.000.

Yonkers: w 1925—1929 zapadalność 10,4 na 100.000, w 1930 r. zapadalność 1,5 na 100.000.

New-York: w 1925—1929 zapadalność 10,7 na 100.000, w 1930 r. zapadalność 2,9 na 100.000.

W Kanadzie zaszczepiono przeszło miljon dzieci (na 10 miljonów ludności) i zapadalność zmniejszyła się około 80%. (Burke: Canadian Public Health Journal, 1930, p. 209, Mai).

Na Węgrzech obserwowano:

zapadalność pomiędzy szczepionymi	0,392	na 1000
między nieszczepionymi	3,85	na 1000

W szpitalu dla dzieci „Berck" na 1000 łóżek notowano rocznie około 45 przypadków błonicy, w tem 3—4 śmierci, pomimo że natychmiast stosowano surowicę. Postanowiono wyszczepić wszystkie dzieci. W ciągu 3-ch lat (1928, 1929, 1930) pomiędzy szczepionemi zachorowało tylko 10 osób, śmierci nie notowano, a pomiędzy wstępującemi, których nie zdołano jeszcze zaszczepić, zachorowało 18 osób, w tem umarło 2.

Jak długo trwa stan odporności po szczepieniach?

G. Mozer w szpitalu „Berck" badając stopień odporności u szczepionych przed 5-ciu laty przy pomocy odczynu Schick'a i jednoczesnego miareczkowania antytoksyny we krwi, skonstatował, że z pośród 250 dzieci — 241, czyli 96,4% były Schick — ujemne. Następnie 39 osób badanych na ilość antytoksyny we krwi wykazało, że u:

17 (43,85%) było więcej niż jednostka antytoksyny w 1 cm^3 krwi,

20 (51,5%) było więcej, niż 1/10 jednostki antytoksyny w 1 cm^3 krwi,

1 (2,5%) było mniej, niż 1/10, a więcej niż 1/30 jednostki antytoksyny w 1 cm^3 krwi.

1 (2,5%) było mniej niż 1/30 jednostki antytoksyny w 1 cm^3 krwi.

Widzimy więc, że odsetek odpornych po 5-ciu latach równa się prawie 100%.

W doświadczeniach Park'a uodpornione dzieci zachowywały odporność przez cały czas, czyli do 8—9 lat. Takie same są spostrzeżenia i innych autorów.

Ponieważ osobniki szczepione cechuje zdolność szybkiego reagowania na bodźce wtórne, a co za tem idzie, i szybkiego tworzenia w organizmie antytoksyny, możemy przyjąć z dużem prawdopodobieństwem, że u szczepionych odporność (przynajmniej w stanie potencjalnym) trwa stale.

* * *

Dodać należy, że istnieje możliwość szczepienia tylko jednokrotnego. Obecnie używa się do szczepienia anatoksyny, zawierającej 9—11 jednostek w 1 cm^3. Otóż Jensen (w laboratorjum Madsen'a w Kopenhadze) używał do szczepień anatoksyny stężonej i oczyszczonej, t. j. zawierającej 150—300 jednostek w 1 cm^3. (Adsorpcja przy pomocy wodoro-tlenku glinowego). Wyniki tych szczepień były bardzo zachęcające: odczyny poszczepienne nie były silniejsze, niż przy użyciu zwykłych, niestężonych anatoksyn; fazy ujemnej nie obserwowano; odporność rozwijała się szybciej, bo już w ciągu 4-ch tygodni dając 88% odpornych; miano antytoksyny we krwi było od 4-ch jednostek antytoksycznych w 1 cm^3 do 0,003 J. A. w 1 cm^3.

Ramon również otrzymał skoncentrowaną i oczyszczoną anatoksynę, eliminując z niej do 97% niespecyficznych ciał azotowych, lecz na podstawie badań Nelis'a i Mozer'a nie widzi wyższości anatoksyny stężonej nad zwykłą i sądzi, że im mniej operuje się antygenem tem lepiej. Według niego należy dążyć do podniesienia własności antygenowych toksyny, a nie do jej koncentracji.

Ostatnio Park ogłosił wyniki szczepień anatoksyną, do której dodano ałun (0,2—0,5%). Obecność ałunu ma przyśpieszać proces uodporniania i dawać wyższy odsetek uodpornionych. Ramon obserwował, że dodawanie chlorku wapnia (0,5%) do anatoksyny—wpływa wybitnie dodatnio na szybkość wytwarzania się antytoksyn i na ich wysokie miano we krwi. Podaje on spostrzeżenie, że gdy u 2-ch koni po zastrzyknięciach anatoksyny przeciwciała wytwarzały się w znikomej tylko ilości, po zastrzyknięciu anatoksyny wraz z *Calc. chlor.* już po 8-miu dniach zawartość przeciwciał we krwi wynosiła do 400 jednostek w 1 cm^3.

* * *

Na zakończenie warto wspomnieć jeszcze o jednem zagadnieniu: zapadalność na błonicę i grupy krwi. Wyczerpujących prac na ten temat — brak do chwili obecnej. Są jednak ciekawe spostrzeżenia.

Novak Herbert na niedużym zresztą materjale, obejmującym 384 dzieci, przychodzi do następujących wniosków:

Z pośród badanych należało do grupy	A	40.88%
	B	15.36%
	C	4.17%
	O	39.59%

Zapadalność na błonicę zdaje się być jednakową we wszystkich grupach.

W grupie „O" spotyka się najwyższy odsetek Schick — ujemnych i zdaje się, że osobnicy grupy „A" najtrudniej wytwarzają antytoksynę. Jest to grupa jakby upośledzona w zdolności tworzenia przeciwciał. Byłoby nad wyraz ciekawem sprawdzenie powyższych danych na większym materjale.

* * *

Ciekawe są również obserwacje, dotyczące wpływu wycięcia migdałków na rozwój odporności przeciwbłoniczej; skonstatowano mianowicie, że u operowanych odporność rozwija się bardzo szybko.

B. Schick i Copper u 151 dzieci, Schick — dodatnich przed operacją (83 pośród nich było poniżej 6 lat, 68 w wieku od 6 do 13 lat) zauważyli, że w 6 miesięcy po wycięciu migdałków 82 pośród nich miało odczyn Schick'a ujemny. Uodpornienie tu nastąpiło samorzutnie, bez jakichkolwiek postronnych zabiegów. Ciekawe jednak, że uodpornienie następuje szybciej w dużych, niż w małych miastach. Np. w New-Yorku (obserwacje Sinai Hospital) odsetek odpornych po 6 miesiącach wynosił 82%, a w Rochester w tym samym czasie tylko 7%. Trzeba zaznaczyć, że i odsetek zapadalności i odsetek nosicielstwa jest w New Yorku znacznie wyższy, niż w Rochester.

Również i Dudley w Greenwich (szkoła morska) zauważył, że uodpornienie sztuczne (anatoksyną) odbywa się znacznie szybciej u operowaych, a mianowicie:

Z pośród 20 operowanych po 3-ch miesiącach wrażliwych było tylko 5%.

Z pośród 42 nieoperowanych po 3-ch miesiącach wrażliwych było 21%.

Widzimy więc, że zabieg chirurgiczny w sposób bliżej jeszcze nieznany przyśpiesza tworzenie się przeciwciał we krwi. Schick jednak jest dalekim od tego, żeby zalecać *larga manu* usuwanie migdałków. W pewnych przypadkach mogłoby to być wskazane.

Wnioski:

1) W szczepach błoniczych cechy morfologiczne ulegają bardzo szerokim zmianom. Zjadliwość jest cechą bardziej stałą i według zdania wielu autorów tylko w rzadkich wypadkach ulega zmianom.

2) Maczugowce błonicze są bez porównania liczniejsze u chorych niż u nosicieli zdrowych.

3) Szczepy zjadliwe u zdrowych nosicieli obserwuje się przeważnie w otoczeniu chorych (do 98,5%), znacznie rzadziej u nosicieli w zdrowem środowisku (poniżej 14%).

4) Kontakt z chorym jest znacznie niebezpieczniejszy niż kontakt z nosicielem.

5) Odsetek nosicielstwa waha się w bardzo szerokich granicach: od 1% do 80%, w zależności od pory roku, stanu skupienia, wieku, otoczenia, stanu śluzówki i t. d.

6) Maczugowiec błoniczy trzyma się na błonie śluzowej gardzieli do 10—14 dni.

7) Znikanie maczugowca z gardzieli jest procesem biologicznym, nie dającym się narazie wytłumaczyć, niezależnym w każdym razie od leczenia (zastrzyknięciem surowicy lub miejscowego).

8) Nosicielstwo, będąc czynnikiem uodporniającym środowisko, odgrywa dominującą rolę w szerzeniu się błonicy.

9) Jedynym racjonalnym środkiem w walce z błonicą jest szczepienie ochronne.

10) Szczepienie anatoksyną (3-krotne) daje do 98% odpornych.

11) Nieszczęśliwych przypadków przy szczepieniu anatoksyną nie notowano.

12) Szczepienia szczególnie są wskazane u dzieci w wieku przedszkolnym ze względu na najwyższy odsetek zapadalności i śmiertelności w tych grupach wieku.

13) Najsłabsze odczyny (miejscowe i ogólne) są u dzieci w wieku przedszkolnym (szczególnie u niemowląt).

14) Szczepienia ochronne przeciwbłonicze należy stosować w jak najszerszym zakresie.

Piśmiennictwo.

1) Ławrynowicz, Reutt-Boremska, Bohdanowiczówna: Pedjatrja Polska, Tom X-ty, zesz. 2-gi, 1930. — 2) H. Sparrow i M. Mayzner: Pedjatrja Polska. Tom XI. zesz. 2. 1931. — 3) H. Sparrow i R. Kaczyński: Zdrowie. Nr. 17. 1931. — 4) J. Doberska-Mayowa: Medycyna. Nr. 2.

1931. — 5) James Doull: The Journal of Prev. Med. Vol. Nr. 4, Nr. 5. 1930. — 6) James Doull: The Journal of Prev. Medecine. Vol. 2, Nr. 3. 1928. — 7) James Doull and Hil. Lara: The American Journal of Hygiene, Vol. 5, Nr. 4, 1925. — 8) Stallybrass: The epidemiology. 1931. — 9) Friedemann: Annales de Medecine. Tome Nr. 5, 1931. — 10) Adams Fred: Pub. Health Journ. Nr. 19, str. 51. 1926. — 11) Defries: Pub. Health. Jour. Nr. 19, str. 210, 1926. — 12) Park: Jour. of Amer. Medical Associat. Nr. 79, 1922, str. 1584. — 13) Percival-Dudley: Lancet. 1929, 656. — 14) Maloney, Fraser: Annal. L'Inst. Pasteur, 43, 1929, str. 124. — 15) Friedberger: Deutsch. Med. Wochensch. 1929, str. 132. — 16) Valentin Immgard: Deut. Med. Woch. 1929, str. 441. — 17) Lereboullet et Gournay: Ann. Inst. Pasteur, 1929, str. 181. — 18) Friedemann: Klinische Wochenschrift, März. 1928. — 19) Glenny: The Jour. of Hygiene. 1925. str. 301. — 20) Vaughan: Epidemiologie. 1924. — 21) Rosenau: Protective medicine and Hygiene. 1928. — 22) Kolmer: Infection, immunity and biologic therapy. 1925. — 23) Ramon and Helie: Jour. of Amer. Med. Assoc. 1928. — 24) Zingher: Soc. for Exper. Biology and Med. New-York. 1925. — 25) Boeckel: Ann. Instit. Pasteur. 42, 1098—1128. — 26) Isabolinsky: Münch. Medic. Wochen. 1930. Tome I. 175. — 27) Opitz und Bayer: Med. Klin. 1929, 551. — 28) Weinfeld and Cooperstock: Amer. Jour. of Disease of Children, Nr. 38, 1929. — 29) Klotz: M. Kinderheilkunde. 40. 1928, s. 444. — 30) O'Brien: Lancet, 1929, str. 241. — 31) Moreno: Zentr. f. Ges. Hyg. 618. — 32) Park, Zingher, Strode: Jour. of Amer. Med. Associat. Nr. 91. — 33) Ramon et R. Debré: La presse médic. Nr. 29, 1932, str. 545. — 34) Z. Bohdanowiczówna i A. Ławrynowicz: Medycyna Doświadczalna, T. IX, z. 1—2. 1928. — 35) A. Ławrynowicz: Polska Gaz. Lek. 1929, Nr. 50. — 36) Nowak Herbert: Mschr. Kinderheilkunde, 51, 257—272. 1931. — 37) Wells, J. Ralph and Peter Heinbecker: Proc. Soc. Exper. Biol. a. Med. 28. 887—889. 1931. — 38) Ray, H. Harrison: Amer. Jour. med. Sci. 182, 251—256. 1931. — 39) Ramon: Annal. de l'Institute Pasteur. Tome Nr. 4. Octobre. 1931. — 40) Claus Jensen: Comp. ren. de la Soc. de Biol. Tome CVIII, Nr. 31, 1931. — 41) Claus Jensen: Compt. ren. de la Soc. de Biol. Tome CVIII, Nr. 31, 1931.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok IX, nr. 33, z 18 sierpnia 1932: N. Zandowa: O objawach nerwowych w gruźlicy utajonej oraz o t. zw. reumatyźmie gruźliczym (dok.). — M. Bussel i S. Grundgandówna: Przypadek ciężkiej nerczycy lipoidowej powikłanej ropnem pneumokokowem zapaleniem otrzewny. — A. Landau i W. Heyman: Studja kliniczne nad skazą krwotoczną (c. d.). — W. Zawadowski: Radjodiagnostyka układu wydzielania wewnętrznego (dok.). — L. Zamenhof: Lekarze wobec kryzysu. — E. B.: Lekarze a przebudowa życia społecznego.

Lekarz Polski, rok VIII, nr. 8, z 1 sierpnia 1932: Wł. Szenajch: W sprawie kursów dokształcających dla lekarzy. — St. Rudzki: Ustawodawcza walka z gruźlicą. — Z. Rudolf: Usuwanie nieczystości w małych osiedlach na podstawie doświadczenia w Niemczech. — S. Bromek: O kodeksie deontologicznym.

Wiadomości Farmaceutyczne, rok LIX, nr. 34, z 21 sierpnia 1932: K. Rodziewicz: Przygotowanie płynów mianowanych. — Rosner: Przyrządzanie nalewek i wyciągów. — Sprawy zawodowe.

Therapia Nova, rok IV, nr. 7, z lipca 1932: J. Polak: O promieniach wysokiego napięcia. — L. Fluderski: Skazy krwotoczne.

Wiadomości Kas Chorych, rok III, zeszyt 13—14, z 1—15 lipca 1932: Dział urzędowy. — Z zagadnień organizacyjnych Kas Chorych. — Zagadnienia społeczne. — Z życia Kas Chorych. — Praca i opieka społeczna.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok IX, nr. 34, z 25-go sierpnia 1932: M. Biro: O stwardzeniu wieloogniskowem. — S. Mintz i P. Goldstein: Rzadki przypadek przedziurawienia wrzodu żołądka do śledziony. — A. Landau i W. Heyman: Studja kliniczne nad skazą krwotoczną (dok.). — E. Salman: O próbach stosowania terapji hormonalnej u wcześniaków.

Wiadomości Farmaceutyczne, rok LIX, nr. 35, z 28 sierpnia 1932: Krzakowski H.: Czy napar korzenia kozłkowego należy sączyć przez bibułę? — Sprawy zawodowe.

Nowiny Lekarskie, rok XLIV, nr. 16, z 15 sierpnia 1932: Z. Zakrzewski: Własności biologiczne komórek nowotworowych w hodowli poza ustrojem. — W. Mikułowski: O t. zw. kile wisceralnej u dzieci.

Medycyna, nr. 16 z 21 sierpnia 1932: St. Sterling-Okuniewski i Ed. Grodzieński: Opadnięcie trzew i jego znaczenie kliniczne. — Z. Antoniak-Czyżewska: Przypadek rozstrzeni oskrzeli i gruźlicy podobojczykowej rozpoznanej retrospektywnie przy pomocy rentgenografji po dooskrzelowem podaniu lipjodolu. — M. Leński: Przypadek eunuchoidyzmu z mikrohypophysis. (Przyczynek do patogenezy eunuchoidyzmu). — P. Demant: Czynność nerki po przecięciu nerwu trzewiowego. — J. Bukowska i W. Odrzywolski: Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem kąpieli solankowych. — L. Zembrzuski: Jan Wolfgang Goethe a medycyna.

Zdrowie, rok XLVII, nr. 15—16, z 15 sierpnia 1932: A. Szniolis i J. Just: Zanieczyszczenie powietrza Warszawy. Cz. I. Zakurzenie m. Warszawy. — Z. Chojecki: Budownictwo mieszkaniowe w Polsce i akcja budowlana w 1932 r. — Z. Rudolf i T. Kowalczyk: Zasady projektowania małych rzeźni. — N. Nehrebecki: Endemje włośnicy w Łodzi. — St. Ładyński: Jednoczesne szczepienie ochronne przeciw ospie i błonicy w Łodzi.

Wychowanie Fizyczne, rok XIII, zeszyt 7—9, za lipiec, sierpień i wrzesień 1932: Z. Gilewicz: Wychowanie fizyczne na Węgrzech. — S. Szuman: Rozwój ruchów u dziecka w wieku przedszkolnym i znaczenie jego rozwoju dla teorji i praktyki wychowania fizycznego. — M. Orłowicz: Organizacja opieki państwowej nad turystyką i przemysłem turystycznym w Polsce. — H. Broydy: Narodowa Organizacja w Polsce „Balilla".

Przegląd Weterynaryjny, rok XLV, nr. 1, za sierpień 1932: J. Jankowski: Mikroskopowe badanie śluzu z pochwy krów w pierwszych dniach ciąży. — Z. Finik: Zarys dziejów medycyny weterynaryjnej w starożytności.

Przegląd Zdrojowo-kąpielowy, rok XXI, nr. 6 z 20 sierpnia 1932: E. Kaczyński: Kąpielisko w Wiśle. — St. Suszczyński: Przewlekły gościec stawowy. — St. Sroczyński: Nowsze poglądy na problem dietetyczny w zdrojowiskach. — Nowsze poglądy na etjologję t. zw. reumatyzmu. — W. Spychała: Na czem opiera się wodolecznictwo Dra Żniniewicza. — L. Korczyński: Klimat górski (dok.).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Chirurgja, położnictwo, ginekologja, stomatologja.

Mięsak macicy. L. P. KASMAN (Brooklyn, N. Y.). Amer. Journ. of Obs. a. Gyn. Vol. XXII. Nr. 5.

Autor omawia cztery przypadki mięsaka macicy, z których jeden rozwijał się śródściennie, przebił do wnętrza macicy i spowodował krwotok. Wykonano nadpochwowe odcięcie macicy i chora wyzdrowiała. Następne trzy przypadki są to zwyrodniałe mięsakowo mięśniako-włókniaki macicy w różnych okresach złośliwego zwyrodnienia.

Wiślański (Lwów).

Pierwotny nabłoniak pochwy. L. M. MOENCH. (Rochester, Minn.). Amer. J. of Obs. a. Gyn. V. XXII. nr. 6.

Krytyczny rozbiór i ocena 41 przypadków, w tem 24 własnych tego rzadkiego dość cierpienia. Występuje ono bowiem w stosunku do raka szyi macicy jak 1:43. We wczesnym okresie cierpienia można rozróżnić dwie postacie. Jedna przypomina zupełnie dobrotliwego brodawczaka i dopiero badanie drobnowidowe może wykryć złośliwy charakter nowotworu. Dlatego też każdy brodawczak na podstawie nacieczonej powinien wzbudzać podejrzenie i powinien być histologicznie badany. Druga postać początkowa nowotworu może występować jako wąska, twarda narośl, przechodząca u podstawy swej w owrzodzenie o charakterystycznym twardym brzegu i w niektórych przypadkach wydawać się może owrzodzeniem syfilitycznem. W tych przypadkach brak krętków w zaciemnionem polu może nasuwać podejrzenie złośliwości nowotworu. Dalszy przebieg odznacza się nadmiernym rozrostem guza, którego cechą charakterystyczną jest brak zróżnicowania komórek i szybkie szerze-

nie się drogami limfatycznemi do gruczołów pachwinowych, biodrowych i głębszych, zależnie od położenia pierwotnego ogniska w pochwie.

Wiek nie odgrywa większej roli, gdyż w zestawieniu autora chore liczyły od 28—50 lat. W 65% przypadków ognisko pierwotne znajdowało się na tylnej ścianie pochwy, w 17.5% na przedniej ścianie, w 7.5% na ścianie bocznej. Ani jedna chora nie nosiła kółka w pochwie, ani też nie cierpiała na wypadanie macicy. 83% chorych miało dzieci. Leczenie polegało na stosowaniu radu, kilka chorych było również naświetlanych promieniami Roentgena, jedna z nich po naświetlaniu poddała się operacji.

Wyniki leczenia w porównaniu z przypadkami nieleczonemi wykazują przedłużenie życia przeciętnie o rok i 7—9 miesięcy. Naogół jednak wyniki te są bardzo małe, gdyż tak zwane wyleczenie, czyli więcej niż dwuletni okres życia bez objawów nawrotu wykazuje zaledwie 17% chorych.

Wiślański (Lwów).

W sprawie drobnowidowego rozpoznania nabłoniaka kosmkowego zwłaszcza z materjału uzyskanego po wyskrobaniu macicy. ULESKO - STROGANOWA. Archiv. f. Gyn. T. 146. z. 3.

Fizjologiczny rozrost komórek pokrywających kosmki, które w pierwszych miesiącach ciąży masowo wnikają w ścianę macicy (w warstwę doczesną i mięsną) daje drobnowidowy obraz bardzo podobny do nabłoniaka kosmkowego. Podobieństwo to było przyczyną, że w tych przypadkach często rozpoznawano mylnie nabłoniaka kosmkowego, przypuszczano istnienie nabłoniaka dobrotliwego, wycinano macicę na podstawie mylnego wskazania i wreszcie opisywano przypadki samowyleczenia nabłoniaka.

Rozpoznanie drobnowidowe winno się opierać na podstawie następujących danych:

1) W nabłoniaku znajdują się zwykle liczne warstwy komórek Langhansa, drążących w ścianę macicy a równocześnie większe lub mniejsze masy bujania syncycjalnego.

2) Komórki warstwy Langhansa znajdują się w stanie energicznej proliferacji, zaczem przemawiają liczne mitozy.

3) W warunkach fizjologicznych komórki te drążą w tkankę zwykle jako stosunkowo cienkie smugi, jakby naciek z licznemi lukami, brak jest mitoz, a istnieją raczej objawy zwyrodnienia.

4) W nabłoniaku temu procesowi drążenia wgłąb towarzyszy rozległa nekroza i wylewy krwawe, co w warunkach fizjologicznych stosunkowo słabo się zaznacza (zwyrodnienie włókienkowe, warstwa Nitabucha).

5) W strzępkach uzyskanych po wyskrobaniu macicy komórki pokrywające kosmki znajdują się zwykle wewnątrz mas nekrotycznych i skrzepów krwi.

6) Chociaż ten rozrost komórek w ścianie macicy po 3-m. m. ciąży jest znacznie słabszy, to jednak nie ustaje on zupełnie nawet do końca ciąży i porodu. Dowodzi tego nietylko bezpośrednie spostrzeżenie lecz również możliwość powstania nabłoniaka nawet po porodzie czasowym.

7) W przypadkach podejrzanych na nabłoniaka decyduje o rozpoznaniu, jak dotąd, badanie drobnowidowe wyskrobin macicy. Jeśli badanie to nie daje pewnego rozpoznania, należy macicę ponownie wyskrobać, co winien uskutecznić operator doświadczony.

8) Oprócz obrazu drobnowidowego uwzględnić należy wywiady i wyniki badania klinicznego.

K. B. (Lwów).

Higjena i medycyna społeczna.

Higjena wsi na konferencji ogólno europejskiej Rady Ligi Narodów. (na podstawie Sprawozdania urzędowego Sekcji Higjeny Ligi Narodów). (Genewa 1931. Trzy zeszyty).

W sierpniu 1930 r. wystąpił delegat rządu hiszpańskiego z propozycją do Rady Ligi Narodów w Genewie — o zwołanie konferencji państw europejskich w celu wspólnego omówienia warunków zdrowotnych wsi, co stanowi dziś dla państw rolniczych równie ważny problem jak podniesienie zdrowotności miast dla państw uprzemysłowionych.

Rada Ligi Narodów przyjęła propozycję i przekazała Sekcji higjeny prace przygotowawcze nad kwestją powyższą i przedłożenie jej na konferencji.

Prace przygotowawcze trwały około 1 roku, gdyż termin konferencji naznaczony został na czerwiec 1931 r. Odbywały się one w 3 komisjach, z których każda miała za zadanie przestudjowanie zleconego do zbadania problemu. Program konferencji obejmował 3 zasadnicze działy: 1) zapewnienie dostatecznej opieki lekarskiej dla ludności wiejskiej, 2) higjena wsi (organizacja, forma), 3) asenizacja rejonów wiejskich. Do wymienionych komisyj wybrani byli eksperci, reprezentanci z różnych krajów — w liczbie około 50 — komisje w ciągu okresu przygotowawczego zjeżdżały się kilkakrotnie dla porozumienia się wspólnego — delegaci do komisji badali stosunki wiejskie w przeważnej liczbie krajów rolniczych europejskich. Komisja przygotowawcza przed przedłożeniem ostatecznego sprawozdania na Konferencji, przestudjowała około 60 raportów swych delegatów. Materjał, na którym opierały się narady Konferencji, był wszechstronnie i gruntownie przygotowany.

Pierwszy problem: *zapewnienie opieki lekarskiej* ludności wiejskiej — był ujęty nietylko w znaczeniu zapewnienia pomocy lekarskiej na wypadek choroby, ale w znaczeniu medycyny współczesnej, t. j. w celu zachowania zdrowia (profilaktycznem). Stwierdzono, że po wsiach jest brak lekarzy — rozważano sposoby, posłużyć mające dla zachęcenia lekarzy do osiedlania się po wsiach (wysokość wynagrodzenia, warunki mieszkaniowe, organizacje społeczne i państwowe, Kasy Chorych, kooperatywy, lekarze jako urzędnicy i t. d.).

Konferencja zgodziła się, że lekarz praktykujący nie powinien mieć ponad 2.000 ludności w opiece, a w przyszłości liczba miałaby być obniżona do 1.000 — jeśli ma dać wystarczającą opiekę ludności. Ścisłej normy Konferencja ustalać nie mogła, gdyż zależy dużo od warunków miejscowych: jak drogi, gęstość zaludnienia, środki komunikacji i t. d. Co do wykształcenia lekarzy, zgodzono się, że lekarze wiejscy muszą mieć wszechstronne wykształcenie — iż powinny być stypendja, by lekarze mogli co pewien czas przechodzić kursa na uniwersytetach mające odświeżyć ich wiadomości.

Przytem w niektórych krajach wymagane jest od lekarzy na prowincji ukończenie kursu medycyny społecznej. Lekarz wiejski musi mieć zapewnione pomoce naukowe i laboratoryjne, np. Roentgena, apteki i instytucje społeczne: szpitale, sanatorja, zakłady — mieć kontakt z placówkami o charakterze profilaktycznym (przychodnie, ośrodki zdrowia). Szeroko omawiana była kwestja *personelu pomocniczego:* pielęgniarek-higjenistek, akuszerek. Ilość personelu pielęgniarskiego wzrasta stale we wszystkich krajach.

W 1930 r. było we Francji 2403 higjenistek, w czem 894 w przychodniach przeciwgruźliczych.

W Niemczech w okręgach miejskich pracują t. zw. *Fürsorgeschwestern* i w gminach wiejskich *Gemeindeschwestern,* które są pomocnicami pierwszych.

Pielęgniarki są opłacane przez gminy, prywatne towarzystwa a także przez Kasy Chorych. W Anglji, gdzie ilość pielęgniarek wiejskich *„rural nurce"* jest największa, opłacane są one przez miejscowe towarzystwa prywatne lub przez hrabskie urzędy zdrowia *(County).*

Konferencja uznała zgodnie konieczność dostatecznego wykształcenia personelu pielęgniarskiego.

Pielęgniarki powinny posiadać dyplom szkół pielęgniarskich, zatwierdzonych w kraju, — w braku dostatecznej ilości dyplomowanych pielęgniarek, mogą być zatrudnione, ale tylko na okres przejściowy, higjenistki z krótszemi kursami.

Konferencja poleca jedną albo więcej pielęgniarek na ilość mieszkańców przypadających na jednego lekarza — poleca również raczej typ wszechstronnie przygotowany przed personelem specjalizowanym — (piel. specjalizowane w gruźlicy, w opiece nad matką i dzieckiem i t. d.).

Ważną jest sprawa, dobrze przygotowanego *personelu akuszeryjnego.* W Hiszpanji każda gmina obowiązana jest do utrzymywania akuszerki dyplomowanej. W Anglji 82% ludności wiejskiej korzysta z pomocy akuszerek dyplomowanych, we Francji tylko kilka najbardziej odległych okręgów wiejskich nie ma akuszerek dyplomowanych, — w Niemczech więcej jest akuszerek dypl. po wsiach niż w miastach (5.93%). Konferencja rozważała kwestję, czy jest pożądanem łączyć funkcje akuszerek z opiekunkami zdrowia, w dziedzinie opieki nad dzieckiem i macierzyństwem — jak to ma miejsce we Włoszech i w niektórych hrabstwach w Anglji. Większość wypowiedziała się przeciw temu ze względu na niebezpieczeństwo, mogące wyniknąć przez niezachowanie przepisanych ostrożności i konieczności b. wysoko stojącego pod każdym względem personelu dla połączenia tych funkcyj.

Wysunięta była jako jedna z najważniejszych spraw, odpowiednia ilość *łóżek szpitalnych* dla ludności wiejskiej. Przyjęto jako normę 2 łóżka na 1.000 mieszkańców — z tem, że małe szpitale poniżej 50 łóżek nie opłacają się z powodu kosztu administracji i że przy budowie szpitali powinno się brać normę na 20.000—30.000 mieszkańców.

W małych i odległych miejscowościach, gdzie odległość od szpitala utrudnia korzystanie z niego, możnaby zainstalowywać po kilka łóżek przy Ośrodku Zdrowia, jak to ma miejsce w Jugosławji. Konferencja zaleca ten sposób wyjścia.

Omawiano urządzenie i wyekwipowanie szpitali wiejskich i sprawę lekarzy specjalistów. Konferencja kładzie nacisk na potrzebę środków przewozowych nietylko dla przewożenia pacjentów do szpitali ale i do lekarza. Instalacje telefoniczne — jak to ma miejsce w Niemczech przy stacjach nagłej pomocy, we Włoszech przy stacjach Cz. Krzyża, dość gęsto po prowincji rozmieszczonych, które pozwalają na szybkie zawezwanie pomocy.

Gruntownie zbadana i szczegółowo omawiana była kwetsja pomocy, jaką spełniać mogą dla zdrowotności ludności wiejskiej *Ośrodki Zdrowia*. Przyjęto 2 typy Ośrodków Zdrowia — większe w bardziej zaludnionych centrach wiejskich zbliżone charakterem do naszych Ośrodków miejskich i w oddalonych od większych osiedli małe Ośrodki *(centre de santé primaire)*, które stanowić mają punkta pomocy lekarskiej.

Ośrodki większe (stacje główne — *centre de santé secondaire)* — obejmować powinny całokształt zagadnień higjeny wsi. A zatem dostarczenie ludności pomocy lekarskiej w znaczeniu zapobiegawczem (opieka nad matką i dzieckiem, walka z chorobami społecznemi: gruźlicą, jaglicą, ch. wenerycznemi, w niektórych krajach zwalczanie malarji i t. d., opieka nad dzieckiem szkolnem i t. d.). Z Ośrodkiem Zdrowia połączony jest urząd sanitarny; lekarz naczelny Ośrodka jest zarazem lekarzem sanitarnym, dbając o higjenę sanitarną i asenizację wsi. Do Ośrodka przydzielony jest inżynier sanitarny. Do jego czynności należy cały dział złączony z polepszeniem warunków zdrowotnych wsi (asenizacja roli, osuszanie, nawadnianie — instalacje kąpielisk, czuwanie nad budowlami publicznemi: jak budynki szkolne, sklepy, mieszkania dla służby, ich wentylacja, oświetlenie, ogrzewanie i t. d.).

Ośrodki Zdrowia małe są jakby filjami większych. Ośrodki są w ścisłym kontakcie z lekarzami praktykami — a w małych Ośrodkach lekarz jest najczęściej zarazem lekarzem praktykującym.

Podkreślono, że powodzenie całej akcji zdrowotnej na wsi zależne jest od wciągnięcia do niej przedewszystkiem jej mieszkańców. Bez udziału i współpracy całej ludności akcja się nie powiedzie — bez zrozumienia potrzeby higjeny ze strony samej ludności wiejskiej najlepsze urządzenia pójdą na marne a przymusem nic się nie zrobi. Dlatego tak ważną rolę konferencja przypisuje nauczaniu *higjeny* i *propagandzie* w tym kierunku. Środki powinny być zastosowane do poziomu i specjalnych cech umysłowości ludności wiejskiej.

Dużo mogą zrobić kooperatywy (jak np. w Danji, w Jugosławji), urządzenia służące do szerzenia higjeny i zamiłowania czystości — (kąpieliska), odczyty z przeźroczami, praktyczne kursa gospodarstwa, pielęgnacji dziecka i t. d.

Konferencja zaznacza także konieczność współpracy wszystkich instytucyj zainteresowanych w zagadnieniach higjeny — poza instytucjami urzędowemi, powinny współdziałać wszystkie instytucje opieki społecznej, ubezpieczeniowe, organizacje prywatne.

W Konferencji brali udział delegaci Kas Chorych z różnych państw. Przedłożono kilka referatów dotyczących udziału Kas Chorych w akcji ogólnej higjeny wsi. Przyjęto po wyczerpujących dyskusjach uchwałę, że Kasy Chorych powinny brać czynny udział w organizowaniu higjeny po wsiach — zważywszy że K. Ch. mogą niejednokrotnie zapewnić lekarzy w oddalonych punktach wiejskich — posiadając środki lokomocji. Ponieważ w większości krajów europejskich przeszła ustawa o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby pracowników rolnych — Kasy Ch. są zainteresowane w dbaniu o zdrowie ich — i w tym celu organizować powinny odpowiednią opiekę zdrowotną. Konferencja podkreśliła korzyść wypływającą z łączenia się w wspólnych wysiłkach wszystkich instytucyj tak państwowych, samorządowych, jak prywatnych, a szkodliwość rozbijania akcji przez działanie oddzielne każdej z instytucyj.

Konferencja trwała od 29 czerwca do 7 lipca 1930 r. przy współudziale reprezentantów 24 państw europejskich i 7 państw pozaeuropejskich, które przysłały swych obserwatorów. Uchwały Konferencji przyjęto jako wskazania, któremi kierować się będą w miarę możliwości państwa zainteresowane — z tem, że następna Konferencja dotycząca higjeny wsi zwołana zostanie za lat 5 — i pozwoli przedłożyć rezultaty pracy na tem polu.

M. M. (Lwów).

Dla Twego Zdrowia. Dr. Henryk MIERZECKI. W tekście 10 rys., stron 136. Wydawnictwo „Wiadomości Lekarskich".

Każdą publikację mającą za cel walkę z chorobami wenerycznemi powitać należy z radością. Książkę zaś Mierzeckiego witamy z tem większem zadowoleniem i uznaniem, że po pierwsze: ukazała się ona w czasie, kiedy wobec ciężkich przejść gospodarczych sprawa walki z chorobami wenerycznemi — i tak u nas dość po macoszemu traktowana — musiała zejść na dalszy plan; po drugie: ukazała się w czasie, kiedy nasilenie kiły, tej najgroźniejszej z chorób wenerycznych, zaczęło się w ostatnich miesiącach u nas, podobnie jak i w innych krajach europejskich — niewątpliwie wzmagać; wreszcie po trzecie — i to jest najważniejsze: książka Mierzeckiego jest naprawdę dobrze napisana i na pewno dużą wyświadczy przysługę tym, którzy ją będą czytać, a wraz z nimi i całemu społeczeństwu. A niewątpliwie czytać ją będą chętnie i z zajęciem.

Już objętość książki wskazuje na to, że nie jest to popularna broszurka propagandowa. To maleńki traktat o chorobach wenerycznych, traktat dla inteligenta. Poruszonych jest w nim ponadto tyle ciekawych zagadnień, że na pewno i każdy lekarz chętnie tę książkę przeczyta.

W 12 rozdziałach zaznajamia autor czytelnika z wszystkiemi problemami, dotyczącemi chorób wenerycznych. Zaczyna więc najpierw od ich historji, sięga do najstarszych źródeł starożytności i idzie poprzez wieki średnie do czasów najnowszych odkryć. W rozdziale 2-gim zajmuje się znaczeniem społecznem chorób wenerycznych i delikatnie upomina się o „zalegającą od lat 5-ciu w naszych ministerstwach ustawę o zwalczaniu chorób wenerycznych". Porusza potem sprawę jawnego oraz tajnego nierządu i jego zgubnego wpływu na szerzenie się zakażeń płciowych. Po krótkim i popularnym opisie anatomicznym narządów rozrodczych mężczyzny i kobiety przychodzi wreszcie do omawiania chorób wenerycznych i ich przyczyn, rozwoju klinicznego, powikłań i następstw. Oczywiście najdłużej zatrzymuje się nad kiłą, szczególnie podkreślając jej uleczalność, przyczem powołuje się na opinję w tym względzie najznakomitszych uczonych świata.

Osobny rozdział poświęca autor pozapłciowym drogom zakażeń wenerycznych, przytaczając tu znowu wiele bardzo ciekawych spostrzeżeń własnych i z piśmiennictwa światowego zaczerpniętych, poczem wraca do zagadnienia: „Jak umierają chorzy, którzy przebyli kiłę?" — cytując tu również i swoje badania. W rozdziałach końcowych omawia sprawę leczenia, zwłaszcza kiły, i przytacza historyczny rys lecznictwa tego schorzenia, wymieniając wszystkie leki tutaj używane od czasów najdawniejszych do doby obecnej. W ustępie „Obrona przed zakażeniem płciowem" wskazuje z naciskiem jako na jedyny najskuteczniejszy środek ochronny — na wstrzemięźliwość płciową, omawiając przytem szczegółowo zupełną jej nieszkodliwość, wbrew istniejącym przesądom społeczeństwa. Wreszcie przytacza dane statystyczne, dotyczące zagadnień chorób wenerycznych w Kasach chorych i w armjach, naszej i zagranicznych.

Oto pokrótce treść dziełka Mierzeckiego. Przedewszystkiem muszę zaznaczyć, że sposób ujęcia całego zagadnienia jest w niem bardzo ciekawy i pod wielu względami nowy. Autor bowiem porusza dużo interesujących spraw o znaczeniu społecznem, przytacza mnóstwo statystyk, powołuje się na bogate piśmiennictwo badaczy polskich i zagranicznych. Czemś zupełnie nowem dla naszego piśmiennictwa wydaje mi się rozdział, poświęcony znaczeniu chorób wenerycznych dla Kas chorych, w którym autor wysuwa pod adresem Kas bardzo słuszne postulaty.

Autor rozwiązuje też trafnie sprawę tak śliską w broszurach popularnych, jak sprawa leczenia. Wymieniając środki, używane do leczenia chorób wenerycznych i bardzo często podkreślając uleczalność tych schorzeń — nigdzie szczegółowo nie opisuje sposobu leczenia, natomiast na każdym kroku i wszędzie doradza chorym natychmiastowe zwrócenie się do lekarza i wielokrotnie podkreśla, że tylko od lekarza zawisłym jest los chorego. Dzięki temu na pewno ten, kto omawianą książkę przeczyta, nie będzie szukał porady ani u „przyjaciół" ani u szarlatanów, a zwróci się wprost do lekarza.

Książki Mierzeckiego nie można zaliczyć do popularnych wydawnictw tego rodzaju. Już sam jej układ wskazuje na to, że jest ona pisana i przeznaczona dla oświeconych warstw społeczeństwa, dla inteligencji. Autor, choć pisze stylem bardzo łatwym i lekkim (książkę jego czyta się naprawdę z wielkiem zainteresowaniem i bez odkładania!) — nie sili się na to, by była ona dostępna dla ludzi o niższem wykształceniu. Książka zawiera natomiast wiele szczegółów, bardzo ciekawych pod względem historycznym, społecznym i statystycznym i jako taka będzie bardzo cenną i pouczającą dla każdego inteligenta. Przeczytać więc powinni ją ludzie, pragnący rozszerzyć swe ogólne wykształcenie; wychowawcy młodzieży, którym dobro jej leży na sercu; inteligenci-pracodawcy i przełożeni, którzy nieraz z taką małą wyrozumiałością i współczuciem odnoszą się do nieszczęśliwych chorych, od nich zależnych. Wreszcie przeczytać dziełko Mierzeckiego powinni nietylko lekarze, ale także i chorzy, a na pewno dobrze „dla swego zdrowia" zużyją tak liczne i cenne wskazówki w dziełku tem zawarte i zbliżą się może bardziej do wziętych

przez autora za motto słów Hippokratesa: „...każdy człowiek rozumny, który zdaje sobie sprawę, że największem dobrem człowieka jest zdrowie, dążyć powinien do zapoznania się z zagadnieniami lekarskiemi w tej mierze, by zrozumieć zarządzenia lekarskie i móc je sumiennie wykonać".

Dr. Stefan Łukasz Kwiatkowski (Lwów).

Wskazania społeczne do przerwania ciąży. E. GOLDBERG. Med. Klin. 1931. Nr. 42.

Autor przytacza szereg przykładów, zaczerpniętych z praktyki, które mają służyć za orjentację do wskazań społecznych przerwania ciąży.

Godłowski (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół z posiedzenia naukowego z dnia 11-go maja 1932 roku.

Przewodniczący: Prof. Dr. F. Walter.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. Gradzińska przedstawia przypadek *morbus Friedreichi (ataxia hereditaria)* u chłopca 6-letniego.

Doc. Dr. Szymanowicz przedstawia preparat anatomiczny macicy z okresu ciąży 9-miesięcznej (u 37-letniej pierwiastki) z obumarciem mięśniaka podsurowiczego. Płód zdrów i żywy wyjęto po otwarciu jamy brzusznej.

Kol. Józef Spira przedstawia dwa przypadki z oddziału otolaryngologicznego szpitala żydowskiego. W pierwszym przypadku chodziło o chłopca 5-letniego, u którego prelegent stwierdził zapalenie ucha środkowego lewego i zajęcie wyrostka sutkowego w 3-cim tygodniu płonicy. W pierwszych dniach grudnia wykonano antrotomję, poczem ciepłota opadła, a stan dziecka poprawił się. Jednak po 2 tygodniach ciepłota osiągnęła 39⁰—40⁰; badanie wewnętrzne wypadło ujemnie a badanie krwi przemawiało w wysokim stopniu za zakrzepem zatoki esowatej. Przy rewizji rany znaleziono zropiały zakrzep przyścienny, poczem zatokę szeroko przecięto a zakrzep wyjęto. Po zabiegu ciepłota powoli opadała, jednak nie powróciła do normy; poza tem dziecko narzekało na bóle głowy. Rana silnie ropiała a ściany jej były pokryte brudnoszarym nalotem, podobnym do nalotu błoniczego. Tylna ściana jamy pooperacyjnej zwłaszcza okolica przeciętej zatoki wykazywała wybujałości tak, że nasuwało się podejrzenie, że chodzi tutaj o wypuklającą się i pokrytą ziarniną ścianę móżdżkową. Podczas jednego z następnych opatrunków próbowano korncangą podejść pod te wybujałości; przytem po przezwyciężeniu małego oporu instrument wpadł do jamy móżdżkowej, wielkości małego orzecha laskowego; równocześnie wydobyło się około 1 łyżki cuchnącej, gęstej ropy. W następnych dniach bóle głowy się zmniejszyły; natomiast wystąpił oczopląs 1-go stopnia i nieznaczne wypadnięcie tkanki móżdżkowej. Z początkiem stycznia przecięto 2 ropowice, jedną w okolicy pośladkowej, a drugą na szyi. Kiedy i po tych zabiegach ciepłota utrzymywała się na wysokości 38⁰, a nalot na ścianach rany nie ustępował, zalecono bakterjologiczne zbadanie wydzieliny nosa i ropy. Badanie to odbyło się tak późno z 2 przyczyn: 1) w pierwszych dniach płonicy dziecko otrzymało zastrzyknięcie surowicy przeciwbłoniczej, a po 2) od początku choroby znajdowała się w nosie wydzielina krwawo-ropna; jednak dwukrotne badanie tej wydzieliny w tym okresie choroby nie wykazało obecności maczugowców błoniczych. Wszystko to przemawiało przeciw obecności błonicy. Obecnie odpowiedź bakterjologa brzmiała: zarówno z wydzieliny nosa jak i z ropy wszystkich ran wyhodowano czystą hodowlę maczugowców błoniczych. Wobec tego wstrzyknięto dziecku pół cm^3 surowicy przeciwbłoniczej; po dwu godzinach wystąpiły objawy anafilaktyczne, a mianowicie wysypka na całem ciele a później bardzo silny zapad, trwający przez kilka godzin. Następnego dnia objawy te ustąpiły a rana się oczyściła. Po 4 dniach powtórne podanie surowicy z możliwie daleko idącemi ostrożnościami; a więc najpierw wstrzyknięto pół cm^3 surowicy rozcieńczonej 5-krotnie solą fizjologiczną, po 3 godzinach pół cm^3 czystej surowicy, a po dalszych 3 godzinach pełną dawkę: 8.000 jednostek.

Po tych wszystkich zabiegach stan dziecka przedstawiał się nieźle, a ciepłota nie przekraczała 37,2⁰ Rana pooperacyjna pokrywała się zdrową ziarniną, zaś jama ropnia móżdżkowego wydzielała niewiele ropy. Jednakowoż w drugiej połowie stycznia wystąpiły znów bardzo silne bóle głowy a ciepłota podniosła się do 39⁰. Podejrzewano zatrzymanie się ropy w jamie móżdżkowej, jednak dokładna kontrola jamy, jako też nakłucie otoczenia nic wykazało niczego podejrzanego. Stan ten trwał przez kilka dni, poczem z dna jamy móżdżkowej zaczęła się wydobywać cuchnąca ropa w dużej ilości. Widocznie tkanka móżdżkowa, otaczająca ropień uległa zakażeniu a po jej zropieniu i wydobyciu się ropy stan ogólny poprawił się a ciepłota opadała. Równocześnie pogłębiła się jama tak, że korncangą wchodziło się do głębokości 4—5 cm. Podobny proces powtarzał się szereg razy w przerwach mniej więcej 2-tygodniowych; wszelkie zabiegi, jak przepłukiwanie jamy płynami antyseptycznemi, aspiracja ropy, trwała tamponada nie odniosły żadnego skutku; jama móżdżkowa pogłębiała się coraz bardziej, aż wreszcie odległość dna od powierzchni wyniosła 10—11 cm. W miarę rozszerzania się procesu występowały, a potem potęgowały się objawy móżdżkowe, a mianowicie ataksja, oczopląs, hipotonja mięśni lewych kończyn i t. p.; wypadnięcie tkanki móżdżkowej doszło do wielkości jaja kurzego. Z początkiem kwietnia sprawa zaczęła się cofać; napady z następowem powiększaniem się jamy móżdżkowej ustały, jama ta zaczęła się wypełniać, ilość wydzielającej się ropy zmniejszała się, wypadnięcie z dnia na dzień kurczyło się. Stan obecny: korncangą wchodzi się do jamy móżdżkowej głębokiej na 4 cm, wydzielina minimalna, wypadnięcie nie wychodzi poza brzegi rany i pokrywa się nabłonkiem. Także ataksja cofa się tak, że dziecko prowadzone może chodzić. W obecnym okresie nie można jeszcze mówić o wyleczeniu, jednak stan chorego pozwala na stawianie korzystnego rokowania.

W dyskusji: Kol. Kostrzewski zapytuje kol. Spirę:

I. Jakie było wskazanie do wstrzyknięcia surowicy przeciwbłoniczej po raz pierwszy omawianemu dziecku?

II. Jaki czas upłynął od chwili wstrzyknięcia surowicy do wystąpienia zmian błoniczych w obrębie rany?

III. Czy po wystąpieniu objawów wstrząsu zauważono, czy nie zauważono jakiejś różnicy w obrębie zmian błoniczych?

W odpowiedzi prof. Kostrzewskiemu kol. Spira podaje: Pierwsze wstrzyknięcie surowicy dostało dziecko w drugiej połowie listopada; dokładnych dat prelegent nie może podać, ponieważ chory był wtedy leczony na prowincji. W pierwszych dniach grudnia wystąpiła u dziecka wysypka posurowicza. Naloty błonicze w ranie zauważono z końcem grudnia; jednak wydzielina krwawo-ropna z nosa nasuwała podejrzenie co do błonicy już z początkiem grudnia; dlatego polecił Spira dwukrotne zbadanie bakterjologiczne wydzieliny nosowej; obydwa badania wypadły ujemnie. Dziecko leżało wówczas w szpitalu epidemicznym na Prądniku. Powtórne wstrzyknięcie surowicy (pół cm^3) odbyło się 8 stycznia; nazajutrz rana wybitnie oczyściła się. Fakt ten utkwił mówcy szczególnie w pamięci, a to z następującej przyczyny: Tegoż dnia odbyło się *consilium* z prof. Rutkowskim. Omawiając przypadek przed zbadaniem chorego, S. opisał ranę jako pokrytą brudnoszarym nalotem. Jednakowoż po zdjęciu opatrunku ukazała się rana czysta, której ściany ładnie granulowały. Prof. Rutkowski widząc ranę tę dziwił się różnicy, jaka zachodziła między przed chwilą usłyszanym opisem a faktycznym stanem a prelegent i jego współpracownicy również nie mogli ukryć zdziwienia nad zmianą, jaka zaszła po tak małej dawce i w tak krótkim czasie.

Wyjaśnienie udzielone przez kol. Spirę, upoważniają kol. Kostrzewskiego do następujących wywodów: Cofnięcie się zmian błoniczych w ciągu 24 godzin po wstrząsie, do tego stopnia, że budziły zdumienie u lekarzy znających stan zmian błoniczych przed wystąpieniem wstrząsu, nasuwa mimowoli następującą myśl: w tej dawce odczulającej, którą dziecko dostało, nie było tyle jednostek przeciwjadu błoniczego, by do niego odnosić ten skuteczny obrót sprawy. Dalej wiadomo, że po zastosowaniu surowicy przeciwbłoniczej, zmiany miejscowe nie ustępują wcześniej, jak przed upływem co najmniej 48 godzin, a zazwyczaj dopiero po upływie 96 godzin. Jedna i druga okoliczność wyklucza, by korzystny obrót, zaszły w zmianach błoniczych, mógł być następstwem działania swoistych przeciwciał; natomiast jedna i druga okoliczność dowodzi, że zmiany się dokonały w następstwie wstrząsu ustroju, do którego doszło po wstrzyknięciu dawki odczulającej w kilka tygodni po zastosowaniu surowicy w celach leczniczych.

Spostrzeżenia poczynione przez kol. Spirę u omawianego dziecka, mianowicie, że po wstrząsie nastąpiło niezwykle szybkie cofnięcie się zmian błoniczych, nie zaskoczyło kol. Kostrzewskiego. Kol. Kostrzewski zauważył był jeszcze przed kilku laty i odkąd zwraca uwagę w tym kierunku, niejednokrotnie widuje nagłą poprawę, względnie nagłe wyzdrowienie w różnych chorobach zakaźnych po wystąpieniu wstrząsu. Mówiąc o tem uwzględnia on tylko tych chorych, u których stosowano surowicę swoistą i to w dużych dawkach. Tak więc u chorych, u których wprowadzenie

swoistych przeciwciał pozostało bez skutku, wstrząs, spowodowany białkiem obcogatunkowem wprowadzonem pozajelitowo, przerywał chorobę.

Spostrzeżenie to podnosi z naciskiem kol. Kostrzewski, ponieważ z opisem jego dotychczas jeszcze nigdzie się nie spotkał. Tem większą cenę przedstawia dla kol. Kostrzewskiego to, co podaje ubocznie kol. Spira u swej chorej. Kol. Kostrzewski widział w ostatnich tygodniach trzy wyzdrowienia w następstwie wstrząsu. U dwóch chorych chodziło o nagminne zapalenie opon mózgowych. Jedna z nich Anna W. 20-letnia, dostała w ciągu 12 dni 230 cm³ surowicy swoistej. Stan jej uległ na kilka dni poprawie, potem nastało pogorszenie, a do wyzdrowienia przyszło po wystąpieniu choroby posurowiczej. Druga Małka S. 12-letnia, dostała 100 cm³ surowicy swoistej w ciągu 6-ciu dni. Stan uległ coprawda poprawie, ale wyzdrowienie nastąpiło dopiero po wystąpieniu choroby posurowiczej. Trzecia chora Taida G. l. 29, chora na błonicę nosa i spojówek obu gałek ocznych, w ciągu 6-ciu dni dostała 50.000 jednostek surowicy. Stan chorobowy był bez zmian, a ustąpił nagle i w nosie i w oczach po ustąpieniu choroby posurowiczej. Mówiąc o ustępowaniu ostrych chorób zakaźnych po wystąpieniu wstrząsu posurowiczego chodzi kol. Kostrzewskiemu o te fakta w bardzo wysokim stopniu dlatego, ponieważ one mają zdaniem jego zasadnicze znaczenie w ujmowaniu sposobu działania leczniczego surowicy obcogatunkowej, mniejsza z tem, czy surowicy swoistej, czy nieswoistej, byle była ona wprowadzona pozajelitowo.

2) Kol. Spira przedstawia przypadek raka nagłośni. Chory, robotnik 55-letni zgłosił się na oddział z początkiem lutego z powodu trudności połykowych. Przy badaniu laryngologicznem stwierdzono naciek na krtaniowej ścianie nagłośni w jej dolnej części, badanie zaś histopatologiczne wycinka próbnego wykazało obecność raka płaskokomórkowego. Wobec tego wykonano rozcięcie tchawicy jako zabiegu wstępnego, a po 10 dniach rozcięcia gardła podgnykowego *(Pharyngotomia subhyoidea)* tudzież resekcji nagłośni wraz z przylegającemi częściami miękkiemi. Błonę śluzową i mięśnie dokładnie zszyto, pozostawiając po bokach rany dwa małe setony. Niestety po kilku dniach szwy gardlane puściły, otoczenie rany zaczęło nekrotyzować tak, że powstał otwór wielkości dwuzłotówki. Ale po dalszych 10 dniach rana oczyściła się, a otwór zaczął się zmniejszać wskutek zaciągania się brzegów. Początkowo odbywało się karmienie przez sondę żołądkową; później chory nauczył się połykać stałe pokarmy bez zachłystywania się. Najgorzej szło z płynami, które wychodziły przez ranę nazewnątrz, ale w miarę zmniejszania się otworu można było go zamknąć przez silny tampon tak, że chory doskonale sam się odżywiał. Po 6 tygodniach otwór w gardle nie przekraczał już wielkości dwuzłotówki. Chorego wysłano do domu, polecając mu zgłosić się za miesiąc do plastycznego zamknięcia rany. Chory przyjechał przed kilku dniami, przyczem jak się okazuje, rana zupełnie się zamknęła. Chory połyka i mówi doskonale, żadne objawy nie budzą podejrzenia co do nawrotu. Prelegent omawia rzadkość nowotworów złośliwych nagłośni i podkreśla korzyści wyżej podanej metody operacyjnej.

Następnie po ukończeniu demonstracji chorych, uchwalono na wniosek Zarządu Towarzystwa deklarację, skierowaną do Prezydenta Rzeczypospolitej, Sejmu i Rządu, oświadczającą się przeciw okrojeniu zachodnich powiatów Województwa Krakowskiego na rzecz Województwa Śląskiego, w następującej treści:

Krakowskie Towarzystwo lekarskie na zwyczajnem posiedzeniu naukowem w dniu 11 maja 1932 r. uchwaliło następującą deklarację: Wobec projektu oderwania zachodnich powiatów Województwa Krakowskiego od tegoż Województwa i wcielenia ich do powiększonego Województwa Śląskiego, podpisani imieniem Krakowskiego Tow. Lekarskiego zakładają uroczysty protest na ręce P. Prezydenta Rzeczypospolitej oraz Sejmu i Rządu przeciw wprowadzeniu w czyn niekorzystnych zamierzeń, groźnych dla bytu i przyszłości Rzeczypospolitej.

Znając, ze względu na wieloletnią pracę Tow. Lekarskiego, stosunki lokalne i poczuwając się do odpowiedzialności wobec Państwa, jak również ze względu na interes ogólno-państwowy, uważamy za obywatelski obowiązek oświadczyć, że pominięcie historycznej roli Krakowa, tego wielkiego środowiska polskiej myśli kulturalnej, naukowej i cywilizacyjnej, byłoby ciosem, który poprzez unicestwienie roli Krakowa, w przyszłości godzić może w Państwo. Niema żadnej dość uzasadnionej przyczyny, którąby powodować mogła budowanie nowego ośrodka myśli polskiej w innem miejscu południowo-zachodnich krańców Polski, niż w Krakowie.

Następnie kol. Paszkiewicz wygłosił odczyt p. t. *„O zachowawczem leczeniu ropniaków opłucnej"*.

W związku ze zdaniem prof. Kostrzewskiego, który się oświadczył przeciw swoistości działania surowic, natomiast za decydującą rolę przestrojenia ustroju pod wpływem zadziałania białka obcogatunkowego, zaznacza prof. Lewkowicz, że w jego przypadkach nie było związku między objawami posurowiczemi a poprawą stanów chorobowych, która to poprawa występuje szybko po wstrzyknięciu właśnie surowicy, co przemawiałoby za bezpośredniem działaniem surowicy. Prof. Lewkowicz nie sądzi, aby zachodziło w tych przypadkach działanie nieswoiste surowic, t. j. proteinoterapja.

Prof. Gieszczykiewicz oświadcza się za pełnem działaniem swoistem obok nieswoistego.

Ponadto w dyskusji wzięli udział kol. Gołąb i kol. Paszkiewicz w odpowiedzi.

Protokół z posiedzenia naukowego z dnia 18 maja 1932 roku.

Przewodniczący: Prof. Dr. F. Walter.

Protokół z poprzedniego posiedzenia naukowego odczytano i przyjęto.

Kol. Dr. Wiktor Frommer wygłosił odczyt p. t. *„Accouchement forcé"*. (Str. 692).

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Sprawozdanie z XVIII. Posiedzenia naukowego z dnia 27 maja 1932.

Przewodniczy: Kol. S. Ruff.

1) Odczytanie i przyjęcie protokółu poprzedniego posiedzenia.

2) Kol. Cybulska E. podała dane, tyczące *objawu przysłuchowego po dożylnem podaniu eteru u chorych z jamami płuc.*

W dyskusji: Kol. Pisek zapytuje, czy nie było obawy komplikacyj po dożylnem podaniu łatwo parującego eteru, ze względu na nagłą śmierć po wprowadzeniu dożylnem powietrza.

Kol. Tyszka wyjaśnia, że autorowie włoscy stosowali już roztwór formaliny w eterze i nie obserwowali żadnych objawów ubocznych, z relacyj prof. Koskowskiego mówca wie, że autorowie francuscy stosują duże ilości eteru dożylnie bez objawów ubocznych.

3) Kol. Frank-Pittowa przedstawiła rentgenogramy i omówiła obraz kliniczny: a) dwóch przypadków *samoistnego odosobnionego złamania I-ego żebra,* powstałego przez pociąganie nagłe mięśni, bez urazu bezpośredniego. Przypadki te należą do rzadkości, a w dostępnem piśmiennictwie znalazła jedynie opis 4 podobnych przypadków.

b) *rzadką anomalję szkieletu klatki piersiowej,* polegającą na wytworzeniu się mostowatych połączeń kostno-stawowych w miejscu guzków żebrowych. Połączenia te wykazano między większą ilością żeber tak po stronie lewej jak i prawej. W piśmiennictwie rentgenowskiem opisano jeden tego rodzaju przypadek. (Pojawi się w P. G. L.).

W dyskusji: Kol. Fels podnosi, że przyczyna złamania żebra może być błaha, gdyż obserwował przyp., w którym wystąpiło złamanie żebra przy zdejmowaniu garnuszka z półki.

4) Kol. Długosz H. pokazał *proste urządzenie do przenoszenia napełnionych mieszalników* do liczenia ciałek białych i czerwonych krwi. (Pol. Gaz. Lek. nr. 32. 1932).

W dyskusji: kol. Ziemilski zapytuje, czy sposób przenoszenia, podany przez prelegenta, nie powoduje zagęszczeń względnie rozrzedzeń, co powoduje zmianę ilościową ciałek krwi.

Kol. Długosz odpowiada, że w tym kierunku robione doświadczenia wykazały minimalną różnicę, leżącą w granicach błędu technicznego.

5) Kol. Szumowski i Dobrzański wygłosili wykład, opracowany wspólnie z kol. Grabowskim: *O wartości rentgenodiagnostyki w otjatrji.* (Ukaże się druk. w Pol. Przegl. Otolaryngolog. i Pol. Przegl. Radjolog.).

W dyskusji: kol. Danielewicz na podstawie około 80 zdjęć rentgenowskich, wykonanych na oddziele otolaryngologicznym szpit. powsz., odnosi się sceptycznie do wartości rentgenodiagnostyki w otjatrji. Być może, że przyczyna leży w trudności odczytywania tego rodzaju zdjęć.

Kol. Landes-Leinerowa sądzi, że nieraz w przypad. klinicznie niejasnych rentgenogramy sprawę wyjaśniają.

Kol. Dobrzański *odpowiada,* że rentgenogramy nie są decydujące w wielu przypadkach, lecz znakomite usługi oddają otjatrji jako metoda pomocnicza. Co do odczytywania rentgenogramów, to przedewszystkiem technika zdjęć musi być bez za-

rzutu. Wreszcie przytacza przypadki, gdzie tylko na podstawie zdjęcia rentgenowskiego wykonana operacja okazała się konieczną i dla chorego pożyteczną.

Sprawozdanie z XIX. Posiedzenia naukowego z dnia 3 czerwca 1932, które odbyło się w sali wykład. kliniki chirurg. U. J. K.
Przewodniczy: Kol. S. Ruff.

1) Odczytanie i przyjęcie protokółu poprzedniego posiedzenia.

2) Kol. Hilarowicz i Michałowski przedstawiają przypadek *kretynizmu* u dziecka 6-letniego z wielkiem wolem *leczony przez obustronne podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej* tuż ponad t. j. obwodowo od tętnicy tarczykowej górnej (Pol. Gaz. Lek. nr. 32. 1932).

3) Kol. Hilarowicz przedstawia w dalszym ciągu a) *przypadek raka odbytnicy operowanego metodą kombinowaną* t. j. brzuszno-krzyżową połączoną z wyłonieniem chorego odcinka nieotwartej kiszki od strony krzyżowej i dalszem postępowaniem analogicznem do dwuczasowej resekcji raka esicy sposobem Mikulicza. Omawia wielkie zalety tego sposobu w porównaniu z jednoczasową resekcją a mianowicie: małe *trauma* operacyjne, absolutną jałowość rany krzyżowej, uniknięcie następowych przetok i zwężeń, większa radykalność operacji. Stosując ten sposób spodziewa się znacznego zmniejszenia niebezpieczeństw kombinowanej operacji raka odbytnicy w wypadkach nadających się do zachowania zwieracza.

b) Przypadek *plastyki zwieracza odbytu* krzyżowego po wycięciu odbytnicy z powodu raka operowany *metodą własną*. Sposób polega na stworzeniu pierścienia z powięzi wziętej z uda dokoła kiszki drogą laparotomji tuż nad ujściem krzyżowem, przyczem pierścień zostaje zawieszony zapomocą cięgieł z powięzi na obydwóch mięśniach lędźwiowych wielkich *(psoas major)* u wejścia do miednicy małej. Mięśnie te napięte w pozycji stojącej unoszą pierścień, zamykając kiszkę, w pozycji przysiadowej wiotczeją pozwalając na łatwe przezwyciężenie zwolnionego pierścienia przez tłocznię brzuszną przy defekacji. Jest to drugi przypadek operowany w podobny sposób z dobrym wynikiem.

c) Przypadek *kamicy przewodu żółciowego wspólnego* u mężczyzny 35-letniego, w którym stwierdzono rentgenologicznie (Dr. Grabowski) *niezwykle rzadki objaw dostawania się powietrza do dróg żółciowych* (pokaz rentgenogramów). Przy operacji okazało się, iż nie istniało żadne nieprawidłowe połączenie między dwunastnicą a przewodem na tle przebitego wrzodu, jak przypuszczano, lecz że powietrze musiało się dostawać przez brodawkę Vatera, przyczem kamień tkwiąc w niej końcem tworzył rodzaj stożkowego wentyla — nie przepuszczającego żółci ku dwunastnicy, a cofającego się pod wpływem nieco zwiększonego ciśnienia-gazów. Mówca nazywa ten bardzo rzadki objaw *aerocholją*. W celu usunięcia kamienia wykonano otwarcie przewodu wspólnego w części zadwunastniczej po mobilizacji tej ostatniej; brodawkę Vatera rozszerzono, poczem przewód zamknięto szwem zupełnie. Szybkie i gładkie uleczenie.

d) Przypadek, w którym *początkowe stadjum wrzodu trawiennego jelita czczego pooperacyjnego leczono operacyjnie zapomocą samego wycięcia tylko części odźwiernikowej* z pozostawieniem nietkniętego zespolenia. Ten sposób postępowania oparł mówca na dawniejszych swych doświadczeniach (Hilarowicz i Michałowski), w których udało się wyleczyć wrzód trawienny u psa powstały po t. zw. wyłączeniu jednostronnem całej części odźwiernikowej — przez następowe wycięcie tej ostatniej. W przypadku przedstawianym nie można było wykonać doszczętnej resekcji zespolenia ze względu na stan chorego, a opisana metoda udawała się szczególnie ze względu na to, iż zmiany zapalne w zespoleniu były początkowe i zdolne do regresji po zupełnem zniesieniu kwasoty przez usunięcie *antrum pyloricum*.

e) Przypadek *wycięcia jelita ślepego i części okrężnicy wstępującej z powodu rozległego raka* o bardzo gładkim przebiegu.

f) Przypadek *inwaginacji jelita biodrowego*, naśladującej inwaginację biodrowo-kątniczą wskutek tego, iż wyżłobiony, około 70 cm długi odcinek jelita biodrowego wniknął przez klapę Bauhiniego do jelita ślepego, tworząc w niem wielki guz. Wobec niemożliwości odprowadzenia przez wąską zastawkę Bauhiniego musiał mówca otworzyć jelito ślepe, poczem martwiczą część jelita cienkiego wycięto i połączono jego odcinek dośrodkowy na nowo z jelitem ślepem, korzystając z istniejącego już otworu. Przebieg zupełnie gładki. Przypadek bardzo rzadki, analogiczny do przypadków opisanych przez Wilrusa i Hansena. (Streszcz. własne).

W dyskusji: kol. Ostrowski Tad. ad 2) sądzi, że zmiany następowe w tarczycy po podwiązaniu i przecięciu tętnicy szyjnej zewn. poniżej odejścia tętnicy tarcz. nie są skutkiem skierowania krwi do tarczycy lecz następstwem zabiegu na układzie nerwowym, jak operacja Leriche'a.

Co do przyp. 3 a) jest zdania, że stosowane przez prelegenta rozkładanie zabiegu na dwa posiedzenia jest niewskazane, sądzi, że racjonalne przeprowadzenie operacji brzusznej nie daje *shock'u*. Wreszcie podaje sposób wycięcia odbytnicy przez siebie stosowany.

Kol. Hilarowicz *odpowiada*, że podwyższenie ciśnienia krwi w tętnicy tarczykowej po podwiązaniu i przecięciu tętnicy zewn. przemawia za wpływem na tle zmian w krążeniu, nie wykluczając jednak tła nerwowego.

Kol. Czernecka demonstruje a) przypadek *ciekawego złamania podudzia*. Chora upadła w pierwszym roku życia i złamała podudzie lewe. Złamanie to nie było leczone i z chwilą, gdy dziecko zaczęło chodzić, nóżka wykrzywiała się coraz bardziej tak, że wreszcie odcinki kości ustawiły się do siebie pod kątem 80°, przyczem powierzchnie złamania nie zesunęły się ze siebie. Miejsce to było zwrócone wierzchołkiem ku przodowi. W miejscu złamania wytworzył się staw sztuczny o ruchomości około 10°. Ruchy w stawie skokowym tak czynne jak bierne wolne. Podczas wykonywania ruchów wyczuwa się napinanie się mięśni tak powyżej jak i poniżej miejsca złamania. Podczas chodzenia chora opiera się szczytem złamania kości strzałkowej o zewnętrzny brzeg stopy w okolicy stawu śródstopno-palcowego. Ciekawem przy tem jest to, że mimo tak znacznego zniekształcenia chora nogą tą posługiwała się wcale dobrze, jak też że nie wystąpiły zaniki mięśniowe w okresie tak długim bo 19-to letnim.

b) Chora ma od 4 lat wole i z tem zgłasza się na klinikę, przed trzema miesiącami odbyła ciężki poród, od tej pory czuje się bardzo osłabiona. Przed trzema tygodniami wystąpiły bóle w karku po stronie lewej, obecnie przybierają na natężeniu. W ostatnich dniach zwyżki ciepłoty. Przy badaniu stwierdza się wole lewostronne, dość miękkie, niebolesne. Bolesność głębokich mięśni karkowych po stronie lewej. Poza tem zapalenie oskrzeli, wada serca, lekkie obrzęki na nogach. W moczu ślad białka. Ponieważ chora czuje się bardzo osłabiona i gorączkuje około 38°, czeka się z zabiegiem. Po kilku dniach występuje obrzęk i bolesność wola, ciepłota podwyższa się jeszcze bardziej i rozwija się typowa *strumitis*. Wtedy wzdłuż przedniego brzegu m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego wykonano nacięcie, poczem wypłynęła duża ilość ropy. Po zabiegu ciepłota chorej spadła do normy, stan ogólny poprawił się. Z ropy wyhodowano paciorkowca hemolizującego.

c) Chora upadła podczas rębania drzewa na wznak i *złamała I. krąg lędźwiowy*. Przez trzy dni chora mogła jeszcze wykonywać niewielkie ruchy nogami, czwartego wystąpiło zupełne porażenie. Wtedy odwieziono chorą na klinikę nerwową a stąd po postawieniu rozpoznania przeniesiono ją na klinikę chirurgiczną. Roentgen wykazał u chorej złamanie uciskowe I. kręgu lędźwiowego. Neurologicznie stwierdzono porażenie obu kończyn dolnych, zniesienie odruchów, mimowolne oddawanie moczu i kału, czucie niezaburzone. Zaczynająca się odleżyna na pośladku lewym. Natychmiast przystąpiono do zabiegu chirurg. na 6-ty dzień po złamaniu. Z cięcia płatowego odsłonięto złamany krąg i stwierdzono złamanie łuku kręgowego. Odłamki były silnie wciśnięte w rdzeń, przesuwając go zarazem ku przodowi i stronie lewej. Po usunięciu odłamków rdzeń wrócił na swoje miejsce. Opona twarda nie była nigdzie uszkodzona. Obecnie minęło dwa tygodnie od operacji. Od kilku dni chora zaczyna wykonywać niewielkie ruchy nogami, poza tem bez zmian. W ostatnich latach wzmogła się dyskusja nad możliwością wykonywania zabiegu przy złamaniach kręgosłupa. Większość autorów skłania się obecnie ku leczeniu konserwatywnemu, polecając zabieg operacyjny dopiero w okresie późniejszym a więc najprędzej po upływie trzech tygodni, w razie pogorszenia lub braku jakiejkolwiek poprawy. W takim razie przed zabiegiem powinno się wykonać myelografję. W okresie wczesnym można operować tylko w wypadku objawów klinicznych wzrastającego krwiaka lub w razie złamania łuku kręgowego. W naszym wypadku mieliśmy do czynienia z tem ostatniem. (Streszcz. własne).

W dyskusji: kol. Hilarowicz podaje ad b), że diagnoza wahała początkowo między nowotworem a ropniem. Dalszy przebieg wyjaśnił tło.

5) Kol. Szymonowicz J.: przedstawił przypadek
a) *sarcoma capitis fibulae*,
b) *sa femoris recidivans*,
c) *sa calcanei*,
d) *przyp. guza zaotrzewnowego*.
(Ukaże się drukiem w Pol. Przegl. Chirurg.).

W dyskusji: Kol. Hilarowicz podaje, że jedna chora przed 5 laty operowana na klinice z powodu mięsaka strzałki dotychczas jest zupełnie zdrowa. Mięsaki strzałki nie mają tendencyj do recydyw lub przerzutów.

6) Kol. Michałowski przedstawił chorych z *thrombangitis obliterans leczone wyciągiem z mięśni* (myostriatolem prof. Koskowskiego i doc. Dadleza) z dobrym wynikiem.

W dyskusji kol. Bross dodaje, że wymieniony wyżej wyciąg z mięśni stosowano w jednym przypadku *thrombangitis obliterans* na oddziele neurol. prym. Domaszewicza z doskonałym efektem.

7) Kol. Serafin podał *kilka uwag o unaczynieniu i topografji żołądka z pokazem nastrzykiwanych preparatów.*

W dyskusji kol. Pisek: nastrzykiwania tętnic żołądka masą kilową Teichmanna wykonał mówca na kilkudziesięciu żołądkach przed przeszło pół wiekiem w zakł. Anat. pat. Uniw. Jag., celem stwierdzenia powodu usadowienia się wrzodu szczególniej na krzywiźnie małej. Pomija omówienie wyników, teraz nadmienia, że nastrzykiwanie przez *tripus Halleri* jest drogą najlepszą. Na uwagę prelegenta, wskazującego najlepsze drogi do podwiązania naczyń w gwałtownych krwotokach żołądkowych na tle wrzodu, ośmiela się zauważyć, że zabieg operacyjny w tych przypadkach jest dziś prawie zaniechany a przez klinicystów prawie zarzucony z powodów jasnych (Streszcz. własne).

Kol. Serafin *odpowiada,* że w przedstawionych preparatach chodziło mu o nastrzykanie tętnic żołądka przez jedną gałązkę, a nie drogą najłatwiejszą.

Sekretarz doroczny: *H. Długosz.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Nowe poradnie przedślubne i małżeńskie w Warszawie. W Wydziale Zdrowia Magistratu warszawskiego toczyły się ostatnio narady w sprawie uruchomienia miejskich Poradni przedślubnych i małżeńskich, w porozumieniu z Polskiem Towarzystwem Eugenicznem. Magistrat projektuje uruchomienie tego rodzaju Poradni przy Ośrodkach Zdrowia. Narazie projektowane jest otwarcie Poradni przy dwóch Ośrodkach, przy ul. Puławskiej oraz przy ul. Świętojerskiej. Ponadto Kasa Chorych w Warszawie, która prowadzi już jedną Poradnię przedślubną i małżeńską przy Oddziale na ul. Wolskiej, zamierza uruchomić w najbliższym czasie drugą — przy Oddziale na ul. Jagiellońskiej. W ten sposób, łącznie z istniejącą Poradnią Polskiego Towarzystwa Eugenicznego przy ul. Nowy Świat, Warszawa posiadać będzie w najbliższym czasie 5 Poradni przedślubnych i małżeńskich.

Towarzystwo Szpitalne w Warszawie. Wobec ważnych spraw i zagadnień szpitalnych, rozważanych w niedawno założonem polskiem Towarzystwie szpitalnictwa, Wydział Szpitalnictwa Magistratu m. Warszawy uznał za pożądane, ażeby szpitale miejskie posiadały kontakt z rzeczoną organizacją zawodową przez udział lekarzy szpitalnych w pracach Towarzystwa. Wskutek tego Wydział postanowił wyjednać uchwałę Magistratu, zezwalającą na zapisywanie się szpitali na członków Towarzystwa i opłacanie składek z funduszów szpitalnych.

Obniżenie opłat szpitalnych w Warszawie. Komisja Finansowo-Budżetowa warszawskiej Rady Miejskiej przyjęła wniosek Magistratu w sprawie obniżenia opłat szpitalnych (za wyłączeniem Kasy Chorych, która opłaca 50 proc. rzeczywistych kosztów), a mianowicie: od mieszkańców m. stoł. Warszawy na salach ogólnych — 8 zł 50 gr; od mieszkańców gmin obcych na salach ogólnych — do 9 zł 50 gr; w zakładach położniczych na salach ogólnych — do 10 zł; za łóżko w oddzielnych pokojach I klasy — 16 zł, II klasy — 14 zł; w Uzdrowisku w Otwocku na salach ogólnych — do 10 zł, w pokojach I klasy — 16 zł, II klasy — 12 zł; w Szpitalu dla dzieci im. Karola i Marji dla mieszkańców Warszawy — do 11 zł, dla zamiejscowych — do 12 zł; w Szpitalu Jana Bożego dla mieszkańców stolicy — do 7 zł, dla zamiejscowych — do 8 zł. Wniosek ten ma być rozważany przez Radę Miejską jako nagły i motywowany jest obniżeniem kosztów utrzymania.

Likwidacja Miejsk. Zakładu Ortopedji w Warszawie. Ze względów oszczędnościowych Wydział Zdrowia Magistratu m. st. Warszawy wystąpił z wnioskiem zlikwidowania Zakładu chirurgiczno-ortopedycznego dla dzieci przy ulicy Sosnowieckiej Nr. 4. Dzieci, wymagające traktowania ortopedycznego, będą przesyłane do specjalnych Zakładów, przyczem od dzieci, których rodzice mogą płacić, pobierane będzie po 5 zł za każdy zabieg. Komisja Finansowo-Budżetowa Rady Miejskiej wniosek ten zatwierdziła.

Lwów.

Z Lwowskiej Izby Lekarskiej. Na terenie Lwowskiej Izby Lekarskiej nie ustają od kilku lat zażalenia prywatnie praktykujących lekarzy na „Ośrodki Zdrowia“, w których gdzie niegdzie naświetlają dzieci za opłatą bez różnicy majątkowej, lecz pobierając opłaty i t. d. Przyczyną tego jest brak odnośnej ustawy i jednolitego obowiązującego regulaminu, względnie statutu na terenie całego Państwa, co powoduje nawet rozmaite interpretacje Urzędów Wojewódzkich i lekarzy powiatowych. Zarząd Izby Lwowskiej zwracał się do Naczelnej Izby Lekarskiej z prośbą o wydanie odpowiednich zarządzeń, a następnie o przyśpieszenie załatwienia tej sprawy, jednak dotychczas nie otrzymał odpowiedzi.

Z uwagi na konieczność dania odpowiedzi na zażalenia lekarzy praktyków należących do Izby lekarskiej lwowskiej, postanowił Zarząd Izby na posiedzeniu dnia 23-go sierpnia 1932 r.:

1) zwrócić się ponownie do Władz naczelnych z prośbą o uregulowanie omawianej sprawy, a

2) równocześnie ogłosić w fachowej prasie jakie jest stanowisko Zarządu lwowskiego, który jest zdania, że w „Ośrodkach Zdrowia“ nie powinno leczyć się zamożnych za opłatą, że działalność „Ośrodków Zdrowia“ jest głównie zapobiegawczą i propagandową, a leczenie lampą kwarcową, lampą Solux lub wykonywanie podobnych zabiegów, nie jest działalnością zapobiegawczą, lecz leczniczą.

Ze świata.

Kurs poświęcony cukrzycy. Wydział lekarski uniwersytetu paryskiego urządza w dniach od 13—29 października 1932 r. na klinice prof. F. Rathery specjalny kurs poświęcony cukrzycy. Kurs obejmuje wykłady 16 wykładowców z prof. Rathery na czele, tudzież ćwiczenia praktyczne laboratoryjne i na sali chorych. Opłata kursowa wynosi 250 fr. Kończący kurs otrzymują dyplom. Zgłoszenia: Faculté de Médecine. Secrétariat (guichet 4). Université de Paris.

Towarzystwo dla chorób przewodu pokarmowego i przemiany materji urządza XI. zebranie we Wiedniu w czasie od 6 do 8 października1932 r. Wien, III. Konzerthaus, Lothringerstrasse 20. Zgłoszenia do udziału w tym zjeździe należy kierować pod adresem: Wiener Ortsausschuss der Gesellschaft für. Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten Wien I. Helferstorferstrasse 1.

Redakcja otrzymała:

Rassegna Internationale di clinica e terapia, anno XII, Nr. 13 e 14, 1932.

Gabel W.: Jaglica a wychodźctwo. Odb. z czasopisma Przegląd trachomato'ogji, zeszyt 1, z roku 1932.

Internacia medicina revuo, zeszyt 2, z roku 1932.

El di'a médico, nr. 51, z roku 1932.

Gasul R. i M. Mastbaum: Omyłki w rozpoznawaniu gruźlicy płuc. Wydawnictwo „Eskulap“ 1932.

Gillet Paul: La sympaticothérapie. Nakład Doin G. et Comp. Paris 1932.

Higier Stanislas: Fonctions sexuelles moles et leurs troubles. Nakład G. Doin et Comp. Parsi 1932.

Sigwald Leon: L'hypoglycemie, nakład G. Doin et Comp. Paris 1932.

Daniel Const: La tuberculose genitale de la femme, 1-szy tom wydawnictwa La pratique médicale illustrée. G. Doin et Comp. Paris 1932.

Bernheim Marcel et George Mouriquand: Hypertrophie du thymus et etats thymolymphatiques, 2-gi tom wydawnictwa La pratique médicale illustrée firmy G. Doin et Comp. Paris 1932.

L. Langeron: Les troubles vaso-moteurs des extrémités. Tom 3-ci wydawnictwa La pratique médicale illustrée firmy G. Doin et Comp. Paris 1932.

Vallery Radot et François Claude: Asthme bronchique. 4-ty tom wydawnictwa La pratique médicale illustrée firmy G. Doin et Comp. e Paris 1932.

Lust. F.: Diagnostyka chorób dzieci. Wydawnictwo chorób dzieci. Wydawnictwo naukowe „Wiedza“.

J. Comby: Czterysta porad lekarskich w chorobach dziecięcych. Wydawnictwo naukowe „Wiedza“.

Archivs de la Facultad de medicina de Zaragoza, tomo I, Num. 3.

El di'a médico, anno IV, nr. 32, W. 2.